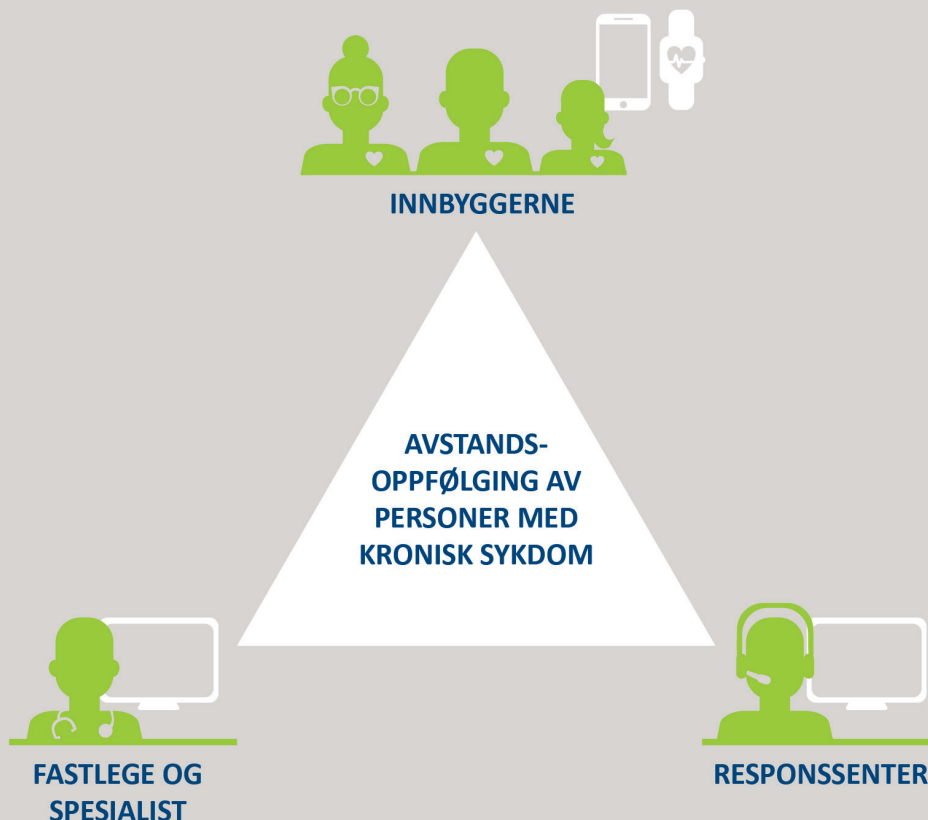


RAPPORT:

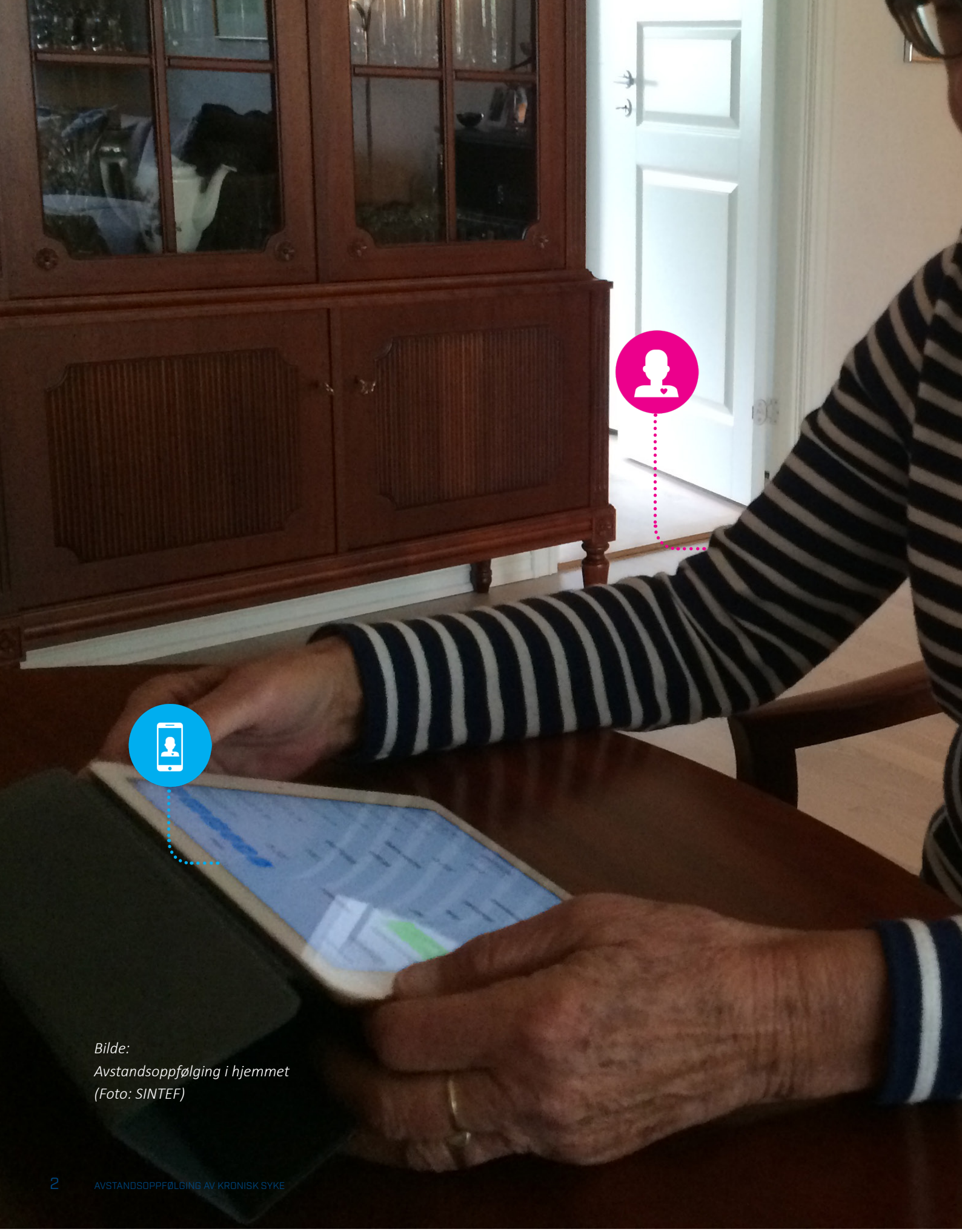
AVSTANDSOPPFØLGING AV PERSONER MED KRONISKE SYKDOMMER



Tjenesteutvikling i
nasjonalt pilotprosjekt

Juni 2018

Teknologi for et bedre samfunn



Bilde:
Avstandsoppfølging i hjemmet
(Foto: SINTEF)

Rapport

Emneord:

Velferdsteknologi
E-helse
Kronisk syke
Tjenestedesign

Avstandsoppfølging av personer med kroniske sykdommer Tjenesteutvikling i nasjonalt pilotprosjekt

VERSJON

3

DATO

2018-06-29

FORFATTERE

Anita Das, Jarl Reitan, Kristine Holbø,
SINTEF Teknologi og samfunn

OPPDRAGSGIVERS REFERANSE

Siw Helene Myhrer

Elin Sundby Boysen, Dag Ausen,
SINTEF Digital

ANTALL SIDER OG VEDLEGG

41 + VEDLEGG

OPPDRAGSGIVER

Helsedirektoratet

PROSJEKTNUMMER

102012999

UTARBEIDET AV

Anita Das

SIGNATUR



KONTROLLERT AV

Mariann Sandsund

SIGNATUR



GODKJENT AV

Jon Harald Kaspersen

SIGNATUR



RAPPORTNUMMER 2018:00480

ISBN 978-82-14-06893-1

GRADERING Åpen

GRADERING DENNE SIDE Åpen

Sammendrag

Denne rapporten tar for seg arbeidet som er gjort i forbindelse med tjenesteutviklingen når det gjelder avstandsoppfølging av kronisk syke. De fire prosjektene som er blitt fulgt i dette prosjektet er henholdsvis «HelsaMi+» som er blitt tilbudt innbyggere i Trondheim, Malvik, Klæbu, Melhus og Midtre Gauldal, «Velferdsteknologi i sentrum» som har omfattet fire bydeler i Oslo: Gamle Oslo, Grüneløkka, Sagene og St. Hanshaugen, «Mestry» i Sarpsborg, og «God Helse Hjemme» i Stavanger. Prosjektene har vært ulikt organisert med blant annet forskjellige tjenestemodeller og teknologi.

I tjenesteutviklingsarbeidet har vi fulgt en iterativ, brukersentrert designprosess der vi har benyttet ulike metoder, deriblant workshops, intervju og observasjoner, for å avdekke de ulike aktørenes (pasienter og ansatte) behov, erfaringer og perspektiv på tjenesten. Dette har vært grunnlaget for tjenesteutviklingsaktivitetene som har vært gjennomført. Aktørene har vært aktivt involvert og det er blitt gjennomført samskapende aktiviteter som del av utviklingsarbeidet i tjenestene.

I løpet av tjenesteutviklingen er det blitt avdekket en hel del kvalitetskriterier og styrker ved avstandsoppfølging, men det er også blitt avdekket utfordringer og forbedringsområder som det jobbes videre med. Alle prosjektene har ervervet solid erfaring og kompetanse vedrørende avstandsoppfølging som gjør de bedre rustet til å møte fremtidens behov for avstandsoppfølging og digital kommunikasjon med pasienter. Det er imidlertid fortsatt en vei å gå når det gjelder å styrke både kompetanse og kvalitet i tjenestene for økt nytteeffekt og forbedret helseutfall ved avstandsoppfølging.

I tjenesteutviklingsarbeidet har vi arbeidet med 10 fokusområder som vi anbefaler at det jobbes videre med når det gjelder avstandsoppfølging av pasienter. Disse er som følger: 1) Pasientopplæring, 2) Helhetlig tilnærming, 3) Tilpasning til individuelle behov, 4) Oppfølgingstiltak, 5) Organisering, 6) Kompetanse, 7) Samhandling, 8) Digital Programvare, 9) Medisinsk teknisk utstyr, 10) Informasjonssikkerhet.

Innhold

Forord	6
1 Introduksjon	8
2 Metoder	11
3 Avstandsoppfølgingsprosjektene	14
HelsaMi+	16
Velferdsteknologi i Sentrum (VIS)	18
Mestry	20
God Helse Hjemme	22
4 Tjenesteutviklingsaktiviteter	24
5 Innsikter fra den formative evalueringen	29
6 Vurderinger og anbefalinger	32
7 Konklusjon	40
8 Ettetanker	41
Vedlegg	41

Forord

SINTEF har på oppdrag fra Helsedirektoratet vært tjenesteutviklingspartner for satsingen avstandsoppfølging av personer med kroniske sykdommer ved hjelp av velferdsteknologiske løsninger. Oppdraget har bestått i støtte til tjenesteutvikling og har inkludert en formativ evaluering. Denne rapporten oppsummerer hovedpunktene fra aktivitetene som er gjennomført.

Avstandsoppfølging innebærer i denne sammenhengen at personer med kronisk sykdom får et helsetjenestetilbud bestående av kommunikasjon med et respons-/oppfølgingscenter støttet av en nettbasert applikasjon. I avstandsoppfølgingsprosjektene har tjenestemottakerne fått tilgang til en applikasjon der de kan innrapportere subjektive og objektive data om egen helsetilstand. Innrapporteringen har bestått i at pasientene har besvart spørsmål relatert til deres helsesituasjon (egenrapportering). Mange har i tillegg gjennomført målinger med medisinsk teknisk utstyr for å måle blodtrykk, blodsukker, temperatur, spirometri, oksygenmetning, puls eller vekt. Disse dataene har blitt sendt digitalt til et kommunalt eller privat respons-/oppfølgingscenter for vurdering av helsepersonell. Hvis noen av målingene eller de subjektive innrapporteringene har avveket fra pasientenes normalsituasjon er de blitt kontaktet av helsepersonell per telefon eller ved skriftlig kommunikasjon gjennom applikasjonen.

Tjenestemottakerne blir i denne rapporten fortrinnsvis omtalt som "pasienter", jf. Pasientrettighetsloven. Tjenesteytere i en kommunal kontekst foretrekker

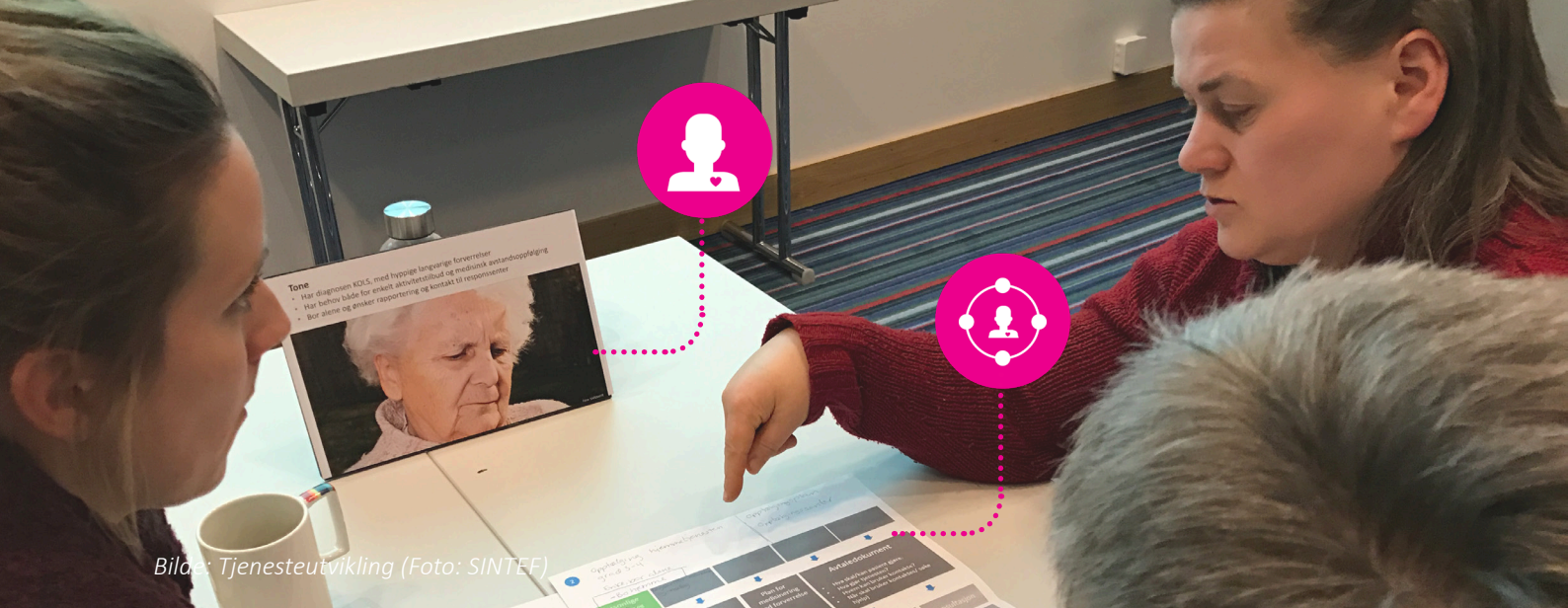
imidlertid å omtale tjenestemottakerne som «brukere». I denne rapporten har vi derfor benyttet begrepene «pasient» og «bruker» litt om hverandre.

De fire avstandsoppfølgings-prosjektene som er blitt fulgt i dette prosjektet er henholdsvis «HelsaMi+» som er blitt tilbudt innbyggere i kommunene Trondheim, Malvik, Klæbu, Melhus og Midtre Gauldal, «Velferdsteknologi i Sentrum» (VIS) som har omfattet fire bydeler i Oslo: Gamle Oslo, Grünerløkka, Sagene og St. Hanshaugen, «Mestry» i Sarpsborg kommune, og «God Helse Hjemme» i Stavanger kommune.

Følgende personer fra SINTEF Teknologi og Samfunn har bidratt i oppdraget: Forskningsleder og prosjektleder Jarl Reitan, seniorforskerne Anita Das, Kristine Holbø og Line Melby. Fra SINTEF Digital har forsker Elin Sundby Boysen og forskningsleder Dag Ausen bidratt. Seniorforsker Mariann Sandsund SINTEF Teknologi og samfunn har vært kvalitetssikrer for prosjektet.

Bilde til høyre:

Samskaping av tjenesten (Foto: SINTEF)



Bilde: Tjenesteutvikling (Foto: SINTEF)

1 Introduksjon

Dagens samfunn står overfor store utfordringer når det gjelder å imøtekomme et økt behov for og etterspørsel etter helsetjenester. Digitale løsninger og tjenester kan være en tilnærming for å kunne følge opp og støtte pasienter med kroniske lidelser mens de bor hjemme.

Dagens samfunn står overfor store utfordringer når det gjelder å imøtekomme et økt behov for og etterspørsel etter helsetjenester. Demografiske endringer med økt levealder og prevalens av kroniske sykdommer innebærer at helsetjenesten må gjennomføre endringer når det gjelder organisering og tilbud av tjenester. Pasientrollen har endret seg de siste 30-40 årene, fra at man tidligere var passive mottakere av tjenester, til at vi i dag er mer delaktige og involverte i egen helse og behandling. Denne endringen har flere årsaker, og er grunnet i medisinske nyvinninger, teknologisk utvikling, organisatoriske endringer,

mellommenneskelige relasjoner og politiske føringer. Trenden med å styrke pasientens rolle til å bli aktiv og engasjert i egen behandling er sentral for å få bedre resultater og utfall av behandling. Størstedelen av håndtering av kronisk sykdom foregår i pasientens hjemmesituasjon, der personen selv står for håndtering av egen livsstil og levevaner. For å kunne gjennomføre dette er det behov for økt fokus på hjemmeboende med styrket oppfølging og opplæring, slik at man kan støtte denne prosessen på en bedre måte.

Et annet aspekt er at man på denne måten trolig

vil kunne forebygge sykdomsforverrelser, som er ressurskrevende for enkeltindividene så vel som for samfunnet. I perioder vil man imidlertid ha behov for akutt og medisinsk hjelp, og man vil ha behov for helsetjenester i større eller mindre grad i ulike faser i livet.

Digitale løsninger og tjenester kan være en tilnærming for å kunne følge opp og støtte pasienter med kroniske lidelser mens de bor hjemme. Dette kan potensielt bidra til økt livskvalitet, økt mestring av helsetilstand og sykdomsforebygging for den enkelte, og i et samfunnsmessig perspektiv vil det kunne bidra til økt kvalitet, bedret ressursutnyttelse og styrket produktivitet. For å komme dit er det behov for kunnskap om hvordan denne typen løsninger og tjenester bør utvikles og tas i bruk. I den sammenheng er en iterativ utviklingsprosess hensiktsmessig for forsvarlig implementering og drift av løsninger. MTO-perspektivet med å se hvordan menneske (M), teknologi (T) og organisasjon (O) samspiller i denne sammenheng har vært grunnlaget for prosjektet.

Bakgrunn for den nasjonale utprøvingen av avstandsoppfølging av kronisk syke

Digitale løsninger gir nye muligheter for involvering, behandling og kommunikasjon med pasienter, som kan supplere eller erstatte det tradisjonelle fysiske møtet mellom behandler og pasient. Slike løsninger kan bidra til økt kunnskap, egenomsorg og mestring av egen sykdom og helse. Ved hjelp av ny teknologi kan man følge opp pasienter bedre og dermed bidra til å forebygge sykdomsforverrelser ved å tilrettelegge for mestring av egen sykdom, samt ved å iverksette tiltak og behandling tidligst mulig og på den måten forhindre sykehusinnleggelse. Med utgangspunktet i dette hadde regjeringen et ønske om å øke satsingen med bruk av velferdsteknologi og mobil helseteknologi

for forebygging, behandling og oppfølging av personer med kroniske sykdommer.

Oppdraget ble utlyst i en åpen anbudskonkurranse gjennom Helsedirektoratet, med tittel "Rammeavtale Tjenesteutviklingspartner, Samveis nasjonalt velferdsteknologiprogram - 15/6951". I konkurransegrunnlaget var det beskrevet at Nasjonalt velferdsteknologiprogram, gjennom ulike utprøvinger av velferdsteknologiske løsninger, skulle komme med anbefalinger til løsninger som gjøres tilgjengelige i markedet og danne grunnlag for programmets utprøvingsaktivitet. Enkelte av satsingene skulle omfatte grupper av personer med helsemessige utfordringer eller funksjonsnedsettelse der velferdsteknologiske løsninger i liten grad hadde vært prøvd ut tidligere. I slike situasjoner er det nødvendig å prøve ut ulike typer teknologiske produkter, tilpasse støtteverktøy (f.eks. spørsmål som pasient fyller ut på nettbrett og sender til helsefaglig responsperson - dvs. subjektiv egevaluering/vurdering og sykdomsspesifikke spørsmål). Den valgte utviklingspartneren skulle bistå det nasjonale prosjektet i dette arbeidet. Oppdraget omfattet også gjennomføring av mindre piloteringer for å kvalitetssikre videre valg. SINTEF vant denne anbudskonkurransen og inngikk en rammeavtale med Helsedirektoratet for 2016 og 2017, samt noe oppsummerende aktivitet for 2018.

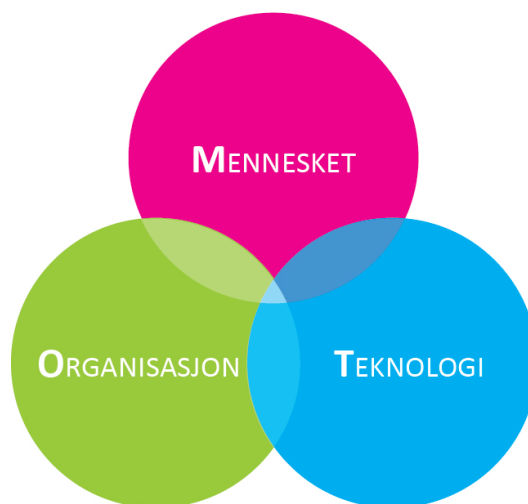
Målet for SINTEFs rammeavtale, har vært å bistå prosjektene og Nasjonalt velferdsteknologiprogram, med å identifisere og tilpasse løsninger for programmets utprøvingsperiode, samt komme med anbefalinger til videre arbeid med avstandsoppfølging. Anbefalingene skal være et kunnskapsgrunnlag for fremtidig teknologiutvikling, anskaffelser og tjenesteimplementasjon hos teknologi- og tjenesteleverandører og i primær- og spesialisthelsetjenesten.

Prosjektet har hatt en bred tilnærming som har inkludert både de store diagnose-gruppene KOLS, hjerte/karsykdom og diabetes, der teknologiløsninger allerede i noen grad er utviklet, samt noen andre pasientgrupper der det er identifisert behov for bedre oppfølging.

Prosjektene som ble valgt ut til å delta i det nasjonale prosjektet var:

- HelsaMi+ i Trondheim kommune i samarbeid med kommunene Malvik, Klæbu, Melhus og Midtre Gauldal, og St. Olavs Hospital HF
- God Helse Hjemme i Stavanger kommune
- Mestry i Sarpsborg kommune i samarbeid med Sykehuset Østfold
- Velferdsteknologi i Sentrum (VIS) prosjektet i fire bydeler i Oslo kommune i samarbeid med Lovisenberg Diakonale sykehus

Prosjektene som ble valgt har hatt ulike tjenesteorganisering. For eksempel har Mestry hatt et privat responscenter, mens de tre andre prosjektene har hatt kommunale oppfølgings/responscenter. Videre har man i VIS-prosjektet hatt lokale bydelsoppfølgingscenter, mens det i HelsaMi+ har vært et sentralisert responscenter for de fem kommunene. I God Helse Hjemme har man i større grad involvert Frisklivssentralen.



Figur1: MTO-perspektivet har vært grunnlaget for prosjektet

2 Metoder

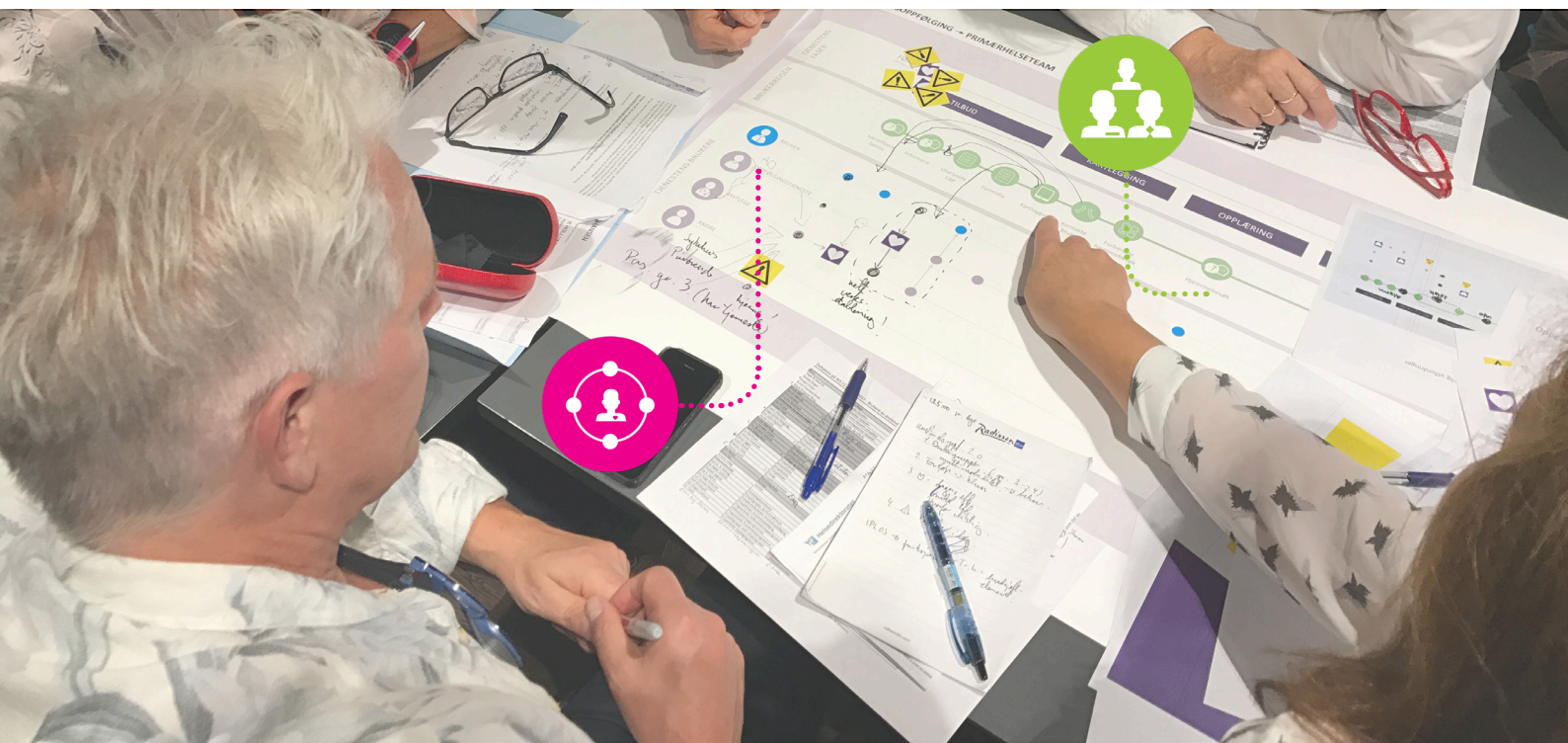
Oppdraget har bestått i å bistå kommunene med tjenesteutvikling som har inkludert flere aktiviteter. Som del av dette har vi gjennomført en formativ evaluering av de fire avstandsoppfølgingsprosjektene.

Tjenesteutvikling

SINTEF har bistått de fire prosjektene med tjenesteutvikling gjennom hele prosjektperioden. Prosjektet har fulgt en brukersentrert designprosess hvor flere ulike forskningsmetoder har vært anvendt for løse prosjektets målsettinger. Metoden kjennetegnes ved at man innledningsvis gjør et grundig innsiktsarbeid hvor man etablerer et kunnskapsgrunnlag om behov og preferanser i målgruppen(e) og hos tjenesteyterne, andre krav og aktuelle muligheter (teknologi, materialer, produksjon, etc.). Kunnskap fra tidligere prosjekter struktureres og sammenstilles, med mål om å identifisere og lukke kunnskapshull. Kartlegging som utfyller etablert kunnskap foregår

gjennom formativ evaluering med blant annet semi-strukturerte intervjuer, fokusgruppe-intervjuer, observasjoner og søk i vitenskapelig litteratur. Med bakgrunn i innsiktsarbeidet utvikles forslag til løsning. Idégenerering og konseptutvikling gjennomføres med alle relevante interessenter, og konsept for videreutvikling velges på grunnlag av hvordan konseptene møter definerte krav.

Bilde under: Samskaping av tjenesten
(Foto: SINTEF)



Formativ evaluering

Formative evalueringer gjennomføres før eller under prosjektimplementering. Formålet er å forbedre prosjektets design og effekt, forstå hvilke tiltak som virker eller ikke virker, samt å forstå hvilke faktorer, altså interne og eksterne, som påvirker prosjektet. I evalueringen har vi benyttet en kvalitativ tilnærming med bruk av deltakende designmetodikk.

Vi har intervjuet ansatte i tjenestene og brukere (pasienter) av tjenestene i de ulike prosjektene. Datainnsamlingen ble gjennomført våren og høsten 2017. Totalt har vi intervjuet 78 informanter i de fire avstandsoppfølgingsprosjektene (se tabell 1). Intervjuene ble gjennomført ansikt-til-ansikt, og 4 forskere har vært delaktige i gjennomføringen av intervju. Prosjektlederne er blitt intervjuet individuelt av en forsker, og noen av prosjektlederne har også deltatt i gruppeintervju sammen andre ansatte. Med unntak av de individuelle prosjektlederintervjuene er alle intervjuene gjennomført med 2 forskere tilstede, der en forsker har hatt ansvar for å lede intervjuet, mens den andre har hatt ansvar for å ta lydopptak og notere underveis. Intervjuene er blitt gjennomført som semi-strukturerte individuelle intervju eller

gruppeintervju. Vi har brukt en intervjuguide som utgangspunkt for intervjuene, men der nye tema har dukket opp har vi fulgt opp disse der det har vært aktuelt og relevant å følge opp. Hvert intervju har hatt en varighet på mellom 1-2 timer.

I tillegg har vi hatt uformelle og ustrukturerte samtaler med prosjektdeltakere og prosjektmedarbeidere. Disse er ikke representert i oversikten over informantene. Samtalene og informasjonen de har formidlet inngår imidlertid i erfaringsgrunnlaget til forskerne som har utarbeidet denne rapporten. Videre har vi deltatt på prosjektsamlinger i regi av oppdraget og deltatt på prosjektmøter i de ulike avstandsoppfølgingsprosjektene. Vi har bistått med møteledelse og tilrettelegging for strukturert erfaringsoverføring mellom prosjektmedarbeidere i ulike delprosjekter som ikke ellers har hatt faste møtepunkter. Vi har presentert tentative funn som vi har identifisert i løpet av arbeidet for de respektive avstandsoppfølgingsprosjektene, og hatt dialog vedrørende videreutvikling internt i de ulike prosjektene.

Rolle	HelsaMi+	Mestry	VIS	GHH	Totalt
Brukere (pasienter)	12	16	10	5	43
Ansatte	5	9	10	4	28
Prosjektledere	1	1	4	1	7
Totalt	18	26	24	10	78

Tabell1: Oversikt over informanter

Intervju med ansatte: Vi har intervjuet totalt 35 ansatte i ulike roller i de respektive avstandsoppfølgingsprosjektene, og har inkludert de ulike yrkesgruppene som har vært involvert. Når det gjelder roller, har vi intervjuet både de som jobber inne på respons/oppfølgingscenteret (som vurderer innsendt pasientinformasjon) og som påfølgende gjennomfører oppfølgingsamtaler med pasientene. Vi har også intervjuet de som jobber som ressurspersoner, det vil si de som drar hjem til pasientene eller møter dem for å gi opplæring i utstyr etc. Videre har vi intervjuet ansatte som gjennomfører inklusjon av pasientene både i spesialisthelsetjenesten og i kommunen. Forøvrig har vi intervjuet prosjektmedarbeidere som har hatt ulike roller i prosjektene, fra prosjektledere til delprosjektledere osv.

Intervju med pasienter: Vi har intervjuet totalt 43 pasienter i alderen 52-92 år som har hatt avstandsoppfølgingstjeneste. Inklusjon til intervjuene ble gjennomført av de respektive prosjektene, og vi etterspurte et strategisk utvalg av informanter der variasjon i alder, kjønn, diagnose og teknologikompetanse ble spesifisert, og en bred variasjon av dette er representert i utvalget. Intervjuene ble gjennomført enten hjemme hos brukerne eller i lokaler som prosjektene har disponert.

Etikk og anonymitet

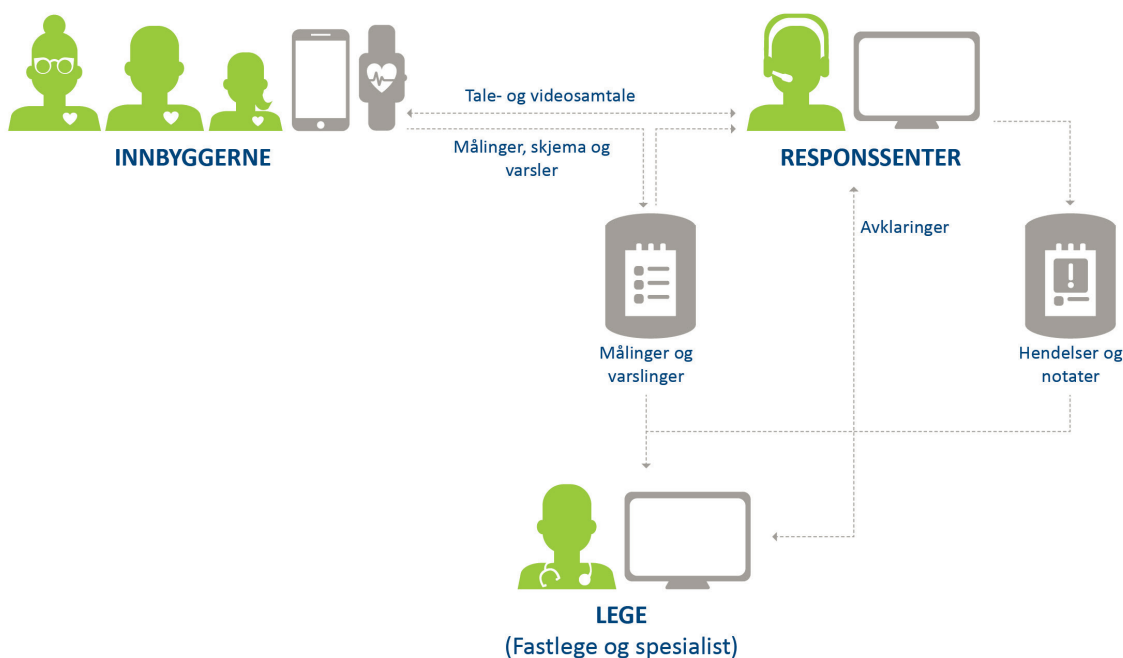
Studien er meldt og godkjent Norsk Senter for Forskningsdata (NSD), personvernombudet for forskning. Deltakelse har vært frivillig, og informantene har gitt informert samtykke.

	HelsaMi+	Mestry	VIS	GHH
Sykepleier	x	x	x	x
Helsefagarbeider	x		x	
Ergoterapeut			x	
Fysioterapeut			x	x
Lege	x	x	x	
Spesialsykepleier	x	x	x	
Sosionom			x	

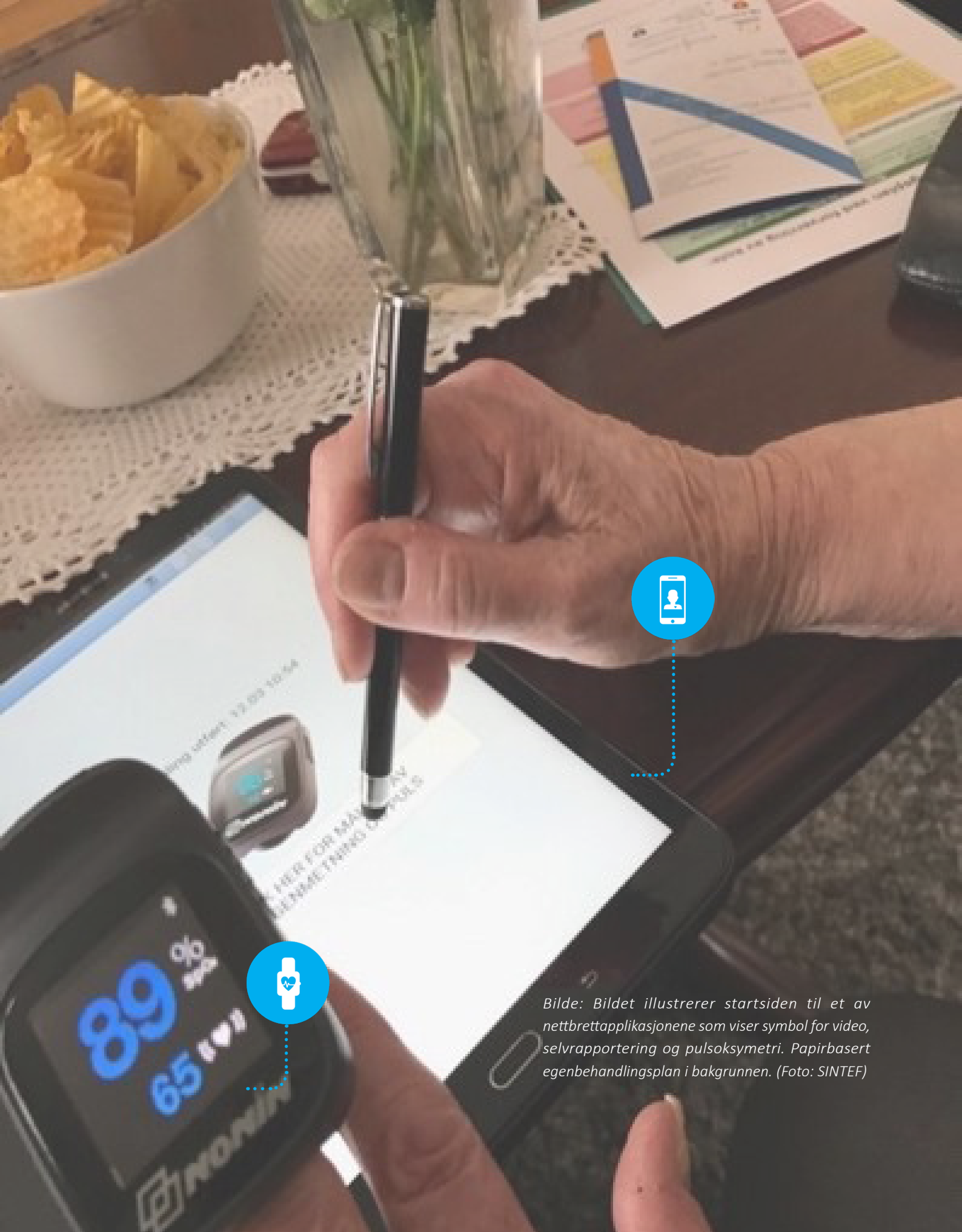
Tabell2: Oversikt over ansattinformantenes yrkesbakgrunn

Avstandsoppfølgingsprosjektene

De fire avstandsoppfølgingsprosjektene som er blitt fulgt i dette prosjektet er henholdsvis «HelsaMi+» som er blitt tilbudt innbyggere i Trondheim, Malvik, Klæbu, Melhus og Midtre Gauldal, «Velferdsteknologi i Sentrum» (VIS) som har omfattet fire bydeler i Oslo: Gamle Oslo, Grünerløkka, Sagene og St. Hanshaugen, «Mestry» i Sarpsborg, og «God Helse Hjemme» i Stavanger. Videre følger en kort sammenfatning av hvert avstandsoppfølgingsprosjekt med fokus på organisering, tjenestemodell, brukergrupper og teknologi.



Figur2: Overordnet tjenesteorganisering



Bilde: Bildet illustrerer startside til et av nettbrettapplikasjonene som viser symbol for video, selvrapportering og pulsoksymetri. Papirbasert egenbehandlingsplan i bakgrunnen. (Foto: SINTEF)

HelsaMi+

HelsaMi+ er et samarbeidsprosjekt mellom de fem kommunene Trondheim, Malvik, Klæbu, Melhus og Midtre Gauldal, St. Olavs Hospital HF og Helse Midt-Norge Regionale Helseforetak. Prosjektet har bakgrunn i KOLS heim 2007 som ble videreført til HelsaMi (2012 – 2016), og som fra år 2016 gikk over til HelsaMi+.

Tjenesten er organisert i Helsevakta med et responscenter som håndterer henvendelser knyttet til avstandsoppfølging i tillegg til andre tjenester som for eksempel trygghetsalarm og lokaliseringsteknologi. Dette innebærer at de ansatte er erfarne i å arbeide «responsivt» ut i fra uforutsette hendelser som oppstår og som meldes inn. De ansatte er helsefagarbeidere og sykepleiere, som fra dag til dag ruller på å ha ansvar for de ulike ansvarsområdene (hvv.trygghetsalarmer/ GPS/HelsaMi+).

Målgruppen for tjenesten er personer med KOLS og/eller hjertesvikt som kan ha nytte av medisinske målinger, oppfølging og veiledning fra helsepersonell, og de som ønsker og har behov for større egenmestring av egen sykdom og hverdag. Responscenteret håndterer innsendt informasjon fra alle brukerne som har avstandsoppfølgings-tjenesten, uavhengig av hvilken av de fem kommunene brukeren er bosatt i, og er dermed et sentralisert responscentermottak uavhengig av geografisk lokasjon til pasienten.

Henvising av aktuelle brukere til tjenesten gjennomføres av (a) spesialisthelsetjenesten, da fortrinnsvis ved spesialiserte sykepleiere ved lungeavdelingen

eller hjertepoliklinikk ved St.Olavs Hospital, eller (b) via fastleger i kommunene, (c) via hjemmetjenesten eller andre enheter i kommunen som fysioterapeut og ergoterapitjenesten, eller d) at interesserte innbyggere selv har kunnet meldt sin interesse for inklusjon.

Inklusjon til prosjektet har vært gjennomført av spesialisthelsetjenesten eller fastlege med prosjektressurser. For brukere som har vært skrevet ut fra sykehus, har oppstart av tjenesten vært gjennomført av prosjektsykepleier. Ved andre henvisninger til tjenesten, er oppstart blitt gjennomført i et samhandlingsmøte mellom bruker, fastlege og prosjektsykepleier. I utviklingsprosjektet hadde imidlertid hver av småkommunene (minimum) en prosjektmedarbeider (også kalt ressurspersoner) som hadde ansvar for oppstart og oppfølging av inklusjonsprosesser samt teknisk bistand til brukere av tjenesten i sin kommune.

I utviklingsprosjektet har sykehuset (hvv. spesialiserte sykepleiere på lungeavdeling og hjerteklinikk) gjennomført opplæringsprogram til pasienter, og de har gjennomført kompetansehevede kurs til ansatte ved Helsevakta og ressurspersoner i kommunene.

Brukerne får utlevert utstyr i form av et nettbrett med sikkerhets sertifikat og applikasjon for selvrapporing, og enkelte brukere får måleinstrument som blodtryksapparat, pulsoksymeter og/eller vekt. Hvem som får utdelt denne typen måleinstrumentet gjøres ut i fra en vurdering med bruker, fastlege og kommune. Brukerne gjennomfører målingene selv, og disse overføres trådløst til nettbrettet og sendes videre til Helsevakta, der helsepersonell oppretter kontakt med bruker ved endring i helsetilstand eller som følge av at bruker har skrevet kommentar om behov i kommentarfeltet i selvrapporingsskjemaet.

I HelsaMi+ har de arbeidet grundig med utarbeidelse av pasienters «egenbehandlingsplan», som er en individuell medisinsk egenbehandlingsplan som gir oversikt over medikamenter og behovsmedikamenter som pasientene kan ta ved endring av helsetilstand. Prosjektet har også hatt særlig utviklingsfokus på inkludering av fastlegene som en viktig del av tjenesten. HelsaMi+ har i prosjektperioden inkludert totalt 114 brukere.

HelsaMi+	
Lokasjon responscenter	Helsevaktmottak i Trondheim kommune
Ansatte i responscenter	Sykepleiere og helsefagarbeidere
Ressurspersoner	Sykepleiere
Henvisning til tjenesten	Sykehus (hjerne/lungeklinikk), fastleger, hjemmesykepleien, andre enheter i kommunen (fysioterapeut/ergoterapeut), bruker tar kontakt selv
Inklusjon til tjenesten	Lege ved sykehus eller fastlege
Inklusjonskriterier	KOLS Hjertesvikt Pasienter med svært alvorlig grad av sykdom er ikke blitt inkludert i tråd med internasjonale anbefalinger for avstandsoppfølging
Leverandør av nettbrettapplikasjon	Imatis AS
Teknologi hjemme hos pasienten	Nettbrettapplikasjon m/selvrapporingsskjema. Enkelte måler i tillegg: Vekt/pulsoksymetri/blodtryksmåling
Nettbretteier	Tjenestemottakere får utlevert nettbrett fra kommunen
Medisinteknisk utstyr	Kommunen utleverer medisinsk teknisk utstyr
Drift av nettbrett/med.tek utstyr	Kommunen er ansvarlig
Selvrapporingsskjema, innhold	Fastsatte sykdomsspesifikke spørsmål
Kommunikasjonskanal mellom responscenter og pasient	Telefon
Pasienters innsending av informasjon	Daglig rapportering i 2 uker. Deretter pasientrapportering etter avtale.

Tabell 3: Oversikt over nøkkelinformasjon om HelsaMi+-prosjektet i regi av Trondheim kommune og omegn



Bilde: Måling av oksygenmetning med pulsoksymetri.
Publisert med tillatelse (Foto: SINTEF)

Velferdsteknologi i Sentrum (VIS)

VIS- «Velferdsteknologi i Sentrum» er et samarbeidsprosjekt mellom bydelene Gamle Oslo, Grünerløkka, Sagene og St. Hanshaugen og Lovisenberg Diakonale sykehus.

Målgruppen for tjenesten er personer med kronisk sykdom som kan ha nytte av medisinske målinger, oppfølging og veiledning fra bydelen samt nytte av å lære mer om egen sykdom og ta mer ansvar for egen helse. Brukerne får utlevert utstyr i form av et nettbrett og medisinsk måleutstyr som blodtrykksapparat, blodsuktermåler, pulsoksymeter, spirometer, vekt og termometer. Brukerne svarer på spørsmål og gjennomfører målinger selv, som overføres trådløst til nettbrett og videre til oppfølgingscenteret. Det er i hver bydel etablert oppfølgingscenter der det på dagtid sitter helsepersonell som følger opp brukernes målinger. Oppfølging skjer gjennom planlagt kontakt

med den enkelte via telefon og/eller meldinger på nettbrettet. Nettbrettene kan kun brukes til avstandsoppfølging. Bruker har et brukernavn og passord for å logge på nettbrettet (My Dignio-appen). Programvaren som oppfølgingscenteret benytter er en skybasert tjeneste levert av Dignio AS. Tilgang til tjenesten er begrenset til Oslo kommunes nettverk og IKT-utstyr (privat utstyr kan altså ikke benyttes). Videre er pålogging sikret med to-faktorautentisering (Brukernavn / passord + engangskode på SMS). Prosjektet har hatt et utviklingsfokus på inkludering av fastlegen som en del av forløpet, samt utvikling og bruk av egenbehandlingsplaner. Tjenesten har i

VIS	
Lokasjon responscenter/oppfølgingscenter	Eget kommunalt mottak i hver bydel
Ansatte i responscenter	Sykepleiere og helsefagarbeidere
Ressurspersoner	Sykepleiere/ergoterapeut/fysioterapeut/helsefagarbeider/hjelpepleier
Inklusjon av pasienter	Innsatsteam, fysioterapeuter, ergoterapeuter, helsestasjon for eldre, hverdagsrehabilitering, Lovisenberg sykehus, hjemmesykepleien, fastlege
Inklusjonskriterier	Ikke diagnosespesifikk
Leverandør av nettbrettapplikasjon	Dignio AS
Teknologi hjemme hos pasienten	Nettbrettapplikasjon med selvrapporteringsskjema. De fleste måler en eller flere av følgende: Vekt / puls / blodtrykk / temperatur / blodsukker / saturasjon
Nettbretteier	Pasienten får utlevert nettbrett fra kommunen
Medisinteknisk utstyr	Kommunen utleverer medisinsk teknisk utstyr
Drift av nettbrett/med.tek utstyr	Kommunen er ansvarlig
Selvrapporteringsskjema, innhold	Persontilpassede sykdomsspesifikke spørsmål med utgangspunkt i en spørsmålsdatabase
Kommunikasjonskanal mellom responscenter og pasient	Telefon
Pasienters innsending av informasjon	Tekstbasert via applikasjon
	Noe hyppigere rapportering i opplæringsperiode, deretter pasientrapportering etter avtalt hyppighet.

Tabell 4: Oversikt over nøkkelinformasjon i VIS-prosjektet i Oslo

Mestry

Mestry tilbys innbyggere i Sarpsborg kommune, og samarbeider med Sykehuset Østfold, kommunal diabetespoliklinikk og fastleger i Sarpsborg kommune, i tillegg til leverandør av oppfølgingscenteret (Dignio AS).

Målgrunnen for tjenesten er personer med KOLS eller annen lungesykdom, hjerte- og karlidelser, eller diabetes, som kan ha nytte av medisinske målinger, oppfølging og veiledning fra helsepersonell.

siste ukes målinger, hvis det ikke har vært behov for direkte oppfølging i løpet av uken. Tjenesten har i prosjektperioden inkludert 164 brukere totalt.

I prosjektet får brukerne låne nettbrett og aktuelt måleutstyr. Nettbrettet er låst til den digitale nettbrettapplikasjonen (MyDignio), og krever to-trinns pålogging (bankID) for adgang til MyDignio-applikasjonen. Brukerne gjennomfører målingene (eks. blodtrykk, temperaturmåling etc.) selv, og disse dataene sendes via Bluetooth til MyDignio-applikasjonen i nettbrettet, og deretter til (det private) oppfølgingscenteret hos Dignio AS som er bemannet av sykepleiere og lege som er medisinskfaglig ansvarlig. Sykepleierne følger opp brukernes innsendte målinger, og kommuniserer i hovedsak med brukerne via tekstkommunikasjon på nettbrettet, men ved behov for rask oppfølging blir pasienten kontaktet per telefon. Ved oppstart av tjenesten blir det lagt vekt på å beskrive brukerens mål og hvordan dette skal arbeides med. Brukere med egne behandlingsplaner benytter dette. Det gjøres individuelle avtaler med den enkelte bruker vedrørende oppfølgingsfrekvens, gjerne med en ukentlig hovedoppsummering av

Mestry	
Lokasjon responscenter/oppfølgingscenter	Privat respons/oppfølgingscenter i Fredrikstad, Dignio AS
Ansatte i responscenter	Sykepleiere og leger
Ressurspersoner	Sykepleiere
Inklusjon av pasienter	Nettsider, hjemmetjenester, sykehus, fastleger, interesseorganisasjoner (eks. LHL) uformelle arenaer (bekjentskap etc).
Inklusjonskriterier	Diabetes KOLS Hjertesvikt
Leverandør av nettbrettapplikasjon	Dignio AS
Teknologi hjemme hos pasienten	Nettbrettapplikasjon med selvrangeringsskjema. Alle måler en eller flere av følgende: Vekt / puls / blodtrykk / temperatur / blodsukker / saturasjon/ spirometri
Nettbretteier	Brukeren får utlevert nettbrett fra Dignio
Medisinteknisk utstyr	Dignio utleverer medisinsk teknisk utstyr
Drift av nettbrett/med.tek utstyr	Dignio er ansvarlig
Selvrangeringsskjema, innhold	Persontilpassede sykdomsspesifikke spørsmål med utgangspunkt i en spørsmålsdatabase
Kommunikasjonskanal mellom responscenter og pasient	Tekstbasert kommunikasjon via applikasjon Telefonbasert kommunikasjon ved behov
Pasienters innsending av informasjon	Daglig rapportering i begynnelsen. Deretter rapportering og oppfølging etter avtale. Ukentlig rapport fra senteret til pasient med ukesoppsummering.

Tabell 5: Oversikt over nøkkelinformasjon i Mestry-prosjektet i Sarpsborg

God Helse Hjemme

God Helse Hjemme er Stavanger kommunes oppdrag i nasjonal utprøving av avstandsoppfølging.

Målgruppene for tjenesten er personer som har behov for å endre levevaner for å forebygge utvikling/forverring av sykdom og/eller personer med ulike grader av sykdommen KOLS. Felles for målgruppene er at de kan ha nytte av oppfølging og veiledning fra helsepersonell. En må bo i Stavanger og kunne gjøre bruk av PC eller nettbrett.

Deltakere i prosjektet får tilgang til en pasientportal. Dette er en nettside der en logger seg på med brukernavn og passord. I utformingen av pasientportalen er det lagt vekt på at den skal være enkel å bruke. Brukerne rapporterer og svarer på spørsmål som sendes til Sykepleieklinikken og Frisklivssentralen. I Sykepleieklinikken er det helsepersonell som følger opp pasientenes registreringer. Kontakt skjer gjennom planlagte telefon- og videosamtaler eller respons per telefon på registreringer som krever oppfølging. Deltakerne får tilbud om fem videosamtaler over en periode på to måneder. Tema for disse samtalene tar utgangspunkt i deltakerens behov, og kan for eksempel være ernæring, trening, puste- og inhalasjonsteknikk.

Stavanger kommune har valgt å innrette en tjenestemodell der innbyggere tar i bruk egne digitale enheter for å få tilgang til applikasjonen. Dette ble vurdert som avgjørende for at tjenesten skal bli

bærekraftig og fremtidsrettet. Innenfor tidsrammen i prosjektet klarte ikke valgt leverandør å tilrettelegge for lovpålagt sikkerhetsnivå. Konsekvensen er at funksjonaliteter som skriftlig toveis kommunikasjon og sensormålinger ikke har blitt testet ut. Erfaringen er at innbyggerne er modne for å ta i bruk egne enheter.

Prosjektet har hatt som mål å utvikle helsefremmende tiltak og opplæring for å forebygge utvikling av eller ytterligere forverring av sykdom. Deltakerne får tilgang til informasjonsvideoer om kosthold, trening, pusteteknikk, inhalasjonsteknikk og avspenningsmetoder. Informasjonsvideoene er tilgjengelige på YouTube, søk på Helsehuset: KOLS. Tjenesten har i prosjektperioden inkludert totalt 54 brukere.

God Helse Hjemme

Lokasjon responscenter/ oppfølgingscenter	Sykepleieklinikken Helsehuset i Stavanger
Ansatte i responscentermottak	Sykepleiere/Fysioterapeut (oppfølging av levevaner)
Ressurspersoner/Prosjektgruppe	Sykepleier/Fysioterapeut/Klinisk ernæringsfysiolog/ Inklusjon av pasienter
Inklusjonskriterier	Lungefysioterapeut/fastlege/brukerrepresentanter Nettsider, avis, frisklivssentralen, Landsforeningen for Hjerte-lungesyke og treningsgrupper for KOLS
Leverandør av nettbrett applikasjon	Imatis AS
Teknologi hjemme hos pasienten	Nettbrett-applikasjon med selvrapportering. Videoer på youtube.
Nettbretteier	Pasienten bruker sitt private nettbrett
Medisinsk teknisk utstyr	Ikke relevant
Drift av nettbrett/med.tek utstyr	Utstyret er pasientens eget, ordner med dette selv
Selvrapporteringsskjema, innhold	Fastsatte sykdoms-spesifikke spørsmål eller spørsmål knyttet til endring av levevaner
Kommunikasjonskanal mellom responscenter og pasient	Telefon Videosamtale via applikasjon
Pasienters innsending av informasjon	Tilbud om 5 sykepleie videokonsultasjoner i løpet av 2 første mnd. Deretter pasient-rapportering og oppfølging etter avtale.

Tabell 6: Oversikt over nøkkelinformasjon i God Helse Hjemme-prosjektet i Stavanger

4 Tjenesteutviklingsaktivite-

Aktivitetene nedenfor synliggjør hvordan man har jobbet med prosjektene knyttet til tjenesteutvikling.

Tjenesteutvikling

De enkelte prosjektene ble oppfordret og støttet i å utarbeide foreløpige mål for tjenesten før de startet utviklingsprosessen. Disse målene skulle kunne endres basert på ny kunnskap underveis i utviklingsforløpet. Målene var inndelt som følger:

A) Mål for pasienten, eks. økt trygghet og egenmestring, økt kunnskap om egen sykdom etc.

B) Mål for helsepersonell, eks. økt kompetanse om forebygging av sykdom, bedre samhandling etc.

C) Mål for organisasjonen, eks. redusert antall innleggelses og liggetid på sykehus, utsette behov for omfattende helsetjenester etc.

D) Mål for samfunnet, eks. økt forventet levealder, redusert behov for helsepersonell etc.

Kartlegging av pågående avstandsoppfølgingsprosjekt i Norge

SINTEF har laget et notat; Telehealth services in Norway – status of selected projects 2017 (mars 2017) som gir et sammendrag av pågående avstandsoppfølgingsprosjekter i Norge. Sammendraget er begrenset til forskning og / eller innovasjonsprosjekter hvor telehealth teknologi blir

tilbudt i en helseomsorgskontekst til mennesker som bor hjemme, og har en kronisk lidelse.

Vialisering av tjenesteforløp

SINTEF har bistått prosjektene i visualisering av tjenesteforløpene gjennom bruk av metoden Service Blueprint. Tre av prosjektene (HelsaMi+, VIS og Mestry) hadde før oppstart enten et pågående eller gjennomført prosjekt knyttet til en tjeneste for oppfølging av personer med kronisk sykdom som ble brukt som utgangspunkt for visualiseringen. I en Service Blueprint defineres (1) brukerens aktiviteter fra inklusjon til avslutning, (2) brukerens kontaktpunkt med helsetjenesten, (3) helsetjenestens aktiviteter (både synlig og ikke synlig for bruker) samt (4) hvilke verktøy/tekniske hjelpemidler som behøves både for bruker og helsepersonell langs hele forløpet. Metoden er ment brukt både som en konseptbeskrivelse av et tenkt forløp (som vist nedenfor), men kan også benyttes for å presentere et ferdig utviklet forløp. Metoden ble brukt for å få felles utgangspunkt for diskusjon rundt utfordringer og forbedringspunkter i tjenesten blant involverte aktører med ulik bakgrunn (inklusionskoordinator, spesialisthelsetjeneste, fastlege, ressursperson, oppfølgingscenter og bruker). Tjenestens overordnede faser er også identisk for alle prosjektene. I tjenestens beskrives hva som skjer av aktiviteter FØR ordinær bruk, UNDER vanlig bruk og ETTER.



Bilde: Deltakende design aktiviteter er blitt gjennomført for å definere innhold i egenbehandlingsplan (Foto: SINTEF)

Egenbehandlingsplan

I alle prosjektene har de arbeidet grundig med utarbeidelse av pasienters egenbehandlingsplan (EBP), som er en individuell egenbehandlingsplan som gir oversikt over aktiviteter, medikamenter og behovsmedikamenter som pasientene kan ta ved endring av helsetilstand. I avstandsoppfølging er det et mål om at brukeren skal være både aktiv og informert om egen situasjon og tiltak. EBP kan sees som et nødvendig hjelpemiddel for å oppnå dette. Bruk av egenbehandlingsplan (EBP) anbefales i Nasjonale retningslinjer og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging av KOLS.

I prosjektet skulle den individuelle egenbehandlingsplanen utarbeides av spesialist ved utskrivning fra sykehuset eller av fastlege i kommunen ved oppstart av tjenesten. Kun HelsaMi+ hadde implementert bruk av egenbehandlingsplan som en del av tjenesten.

EBP er et tema som har vært diskutert i alle fellessamlinger, samt to separate arbeidsmøter. Fokus for arbeidet har vært erfaringsdeling mellom prosjektene, etablere fellesnevner og felles utfordringer knyttet til EBP mellom prosjektene og avklare videre utviklingsbehov knyttet til EBP på kort og lang sikt. Erfaringer fra den formative evalueringen, ble benyttet i dette arbeidet. EBP ble også diskutert i ekspertgruppen, som har gitt egne anbefalinger.



1 KLINISKE OG PERSONLIGE MÅL

- Bruker gir personlige mål
- Fastlege bestemmer grenseverdier
- Fastlege bestemmer tiltak

Sendes som PLO-melding til responscenter.



2 UTARBEIDE EBP

Applikasjon for avstandsoppfølging henter medisinske grenseverdier fra PLO-systemet, for å unngå feil.

Responscenter utarbeider EBP (inkludert medisinske tiltak, forebyggende tiltak, etc.).



3 FORMIDLE EBP TIL BRUKER

Bruker får tilgang til EBP i applikasjon.

Ved forverring av helse, får bruker tips til "Hva gjør du".

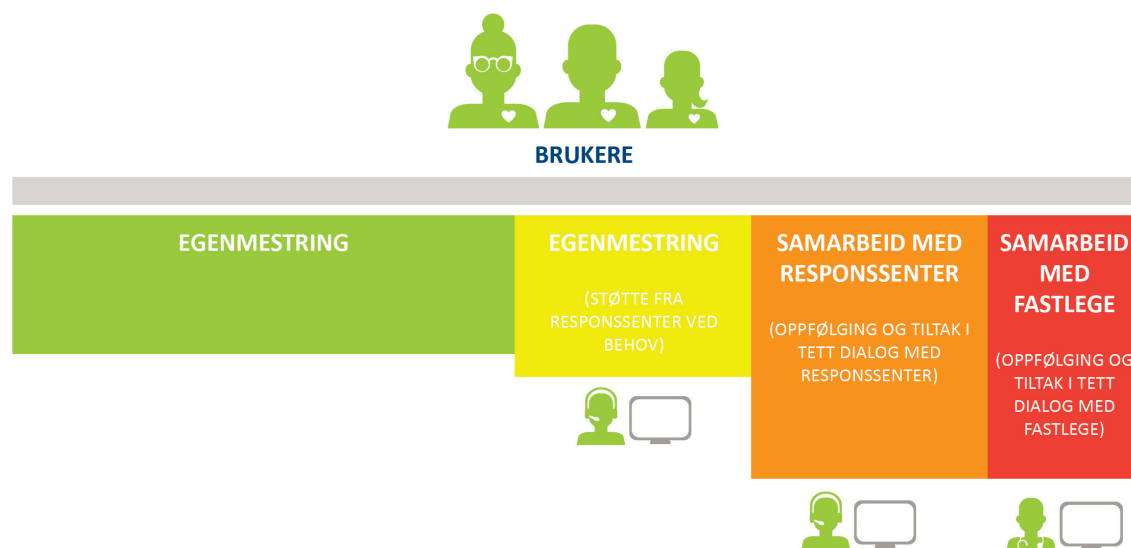
Figur 3: Forslag til forløp av elektronisk egenbehandlingsplan (EBP)

Tema som ble løftet fram var:

- En digital løsning er et suksesskriterie både for tjenesten og for pasientene.
- Behov for standardisering av EBP for å lette arbeidet til fastleger og responscenter.
- Behov for økt kunnskap om hvilke målinger og hvilke verdier som vil bidra til bedret oppfølging.
- En EBP bør samtidig tilpasses individuelt ut i fra tjenestemottakers behov og ønsker, og i samråd med fastlege/sykehus ut i fra tjenestemottakers helse og behov.
- Det var uenighet om hvorvidt egenbehandlingsplan skal brukes eller kun som en medikamentell plan ved forverring.
- Synliggjøring av tiltakszoner utifra helsetilstand (egenmestring, respons/oppfølgingscenter,

fastlege, spesialist og legevakt). Graderinger i EBP som ble diskutert var:

- Forebyggende tiltak som kan gjøres av pasient
- Tiltak som kan gjøres av pasient ved forverring (egenbehandling)
- Tiltak som kan gjøres i samråd med respons/oppfølgingscenter
- Forverring som krever oppfølging fra fastlege
- Forverring som krever oppfølging av spesialisthelsetjenesten
- Forverring som indikerer behov for akutt hjelp
- Behov for avklaring av ansvar (hvem setter verdier, hvem følger opp, hvem utvikler plan, hvem redigerer.)



Figur 4: Ansvarsområder ved ulike faser av helsetilstand

Fastlegens rolle i avstandsoppfølging

Fastlegens rolle er blitt diskutert i fellessamlinger i prosjektet, og det er blitt gjennomført tre samlinger i Oslo og én samling i Trondheim der fastlegens rolle i avstandsoppfølging er blitt jobbet med. I løpet av prosjektperioden er fastlegeinvolvering og forankring blitt ulikt praktisert i de ulike prosjektene. Behovet for økt fastlegeinvolvering er blitt fremtredende når det gjelder hvem som har ansvar for å følge opp pasientene i sammenheng med avstandsoppfølging i primærhelsetjenesten. Hensikten med dette arbeidet har vært å forankre prosjektet og styrke fastlegeinvolvering i avstandsoppfølging av kronisk syke, samt å definere innholdet i hva som er fastlegens aktiviteter knyttet til avstandsoppfølging. Figuren under illustrerer mulige roller fastlegen kan ha ved avstandsoppfølging av kroniske syke.

Følgende tema er identifisert knyttet til inklusjon og oppfølging av brukere fra fastlegen:

- Utfordrende for fastlegene å finne egnede pasienter. Behov for definerte kriterier ved inklusjon.
- Utfordrende for fastlegen å fastsette riktig egenbehandlingsplan og grenseverdier. Behov for tett kobling mellom pasient og fastlege, møte med lege 14 dager etter oppstart.
- Utfordrende for fastlegen å ha kapasitet til å følge med på meldinger og måleverdier utenom pasientkonsultasjoner. Slik det er i dag trengs telefonkontakt ved hastesaker.
- Tilpasning av tjenesten. Ønske om et samarbeidsmøte mellom fastlege, pasient og responscenter til faste tider gjerne 1-2 ganger i året.
- Det vil være nødvendig med taksering av pasientkonsultasjon i forbindelse med oppstart av avstandsoppfølging og samarbeidsmøter.
- Utfordrende for fastlege å vite om målinger utført hjemme er pålitelige og hvordan de kan brukes som beslutningsstøtte ved pasientkonsultasjoner.



Fastlege rekrutterer bruker og fyller ut egenbehandlingsplan



Fastlege mottar henvendelse fra responscenter for å avklare tiltak



Fastlege følger opp i etterkant av forverrelse eller et tiltak

Figur 5: Mulige roller for fastlegen i avstandsoppfølging

Arbeid med tredjepartsapplikasjon

Prosjektet HelsaMi+ har vært nasjonal pilot for rammeverk for nye standarder til velferdsteknologi sammen med Direktoratet for e-helse, Helsedirektoratet og IMATIS AS. Direktoratet for e-helse har vært ansvarlig i å utforme det nye rammeverket, også kalt trepartsapplikasjonen. SINTEF har bistått direktoratet med innspill til funksjonalitet.

To hovedpunkter kom fram under dette arbeidet:

- Det er ønskelig for fastlegen å få alt de skal ha av informasjon knyttet til avstandsoppfølging inn i pasientjournalssystemet.
- Dersom fastlegene får kontinuerlig tilgang til data fra avstandsoppfølgingsapplikasjonen, må det framgå tydelig hvem som til enhver tid har oppfølgingsansvar.

Kartlegging av krav og mulig teknologi

Målet for avstandsoppfølging har også vært å etablere en teknisk infrastruktur for velferdsteknologiområdet. Den anbefalte arkitekturen hadde som mål å prøves ut i Trondheim kommune i løpet av 2016. SINTEF har både gitt innspill til funksjonalitet for 3.parts applikasjon, samt kartlegging og anbefaling av medisinske sensorer som skal benyttes for avstandsoppfølging av kronisk syke. Rapporten oppsummerer noen erfaringer med slike sensorer og gir en anbefaling på anskaffelse av sensorer til måling av vekt, blodtrykk, oksygenmetning, spirometer og blodsukkernivå. Kartlegging er gjennomført ut fra følgende føringer fra Direktoratet for eHelse: Sensorkomponenter bør være godkjente i henhold til Continua eller underliggende standarder, ha et brukervennlig grensesnitt, finnes som hylleware, være kvalitetssikret/evaluert med gode erfaringer og være CE- merket som medisinsk

utstyr. Arbeidet er gjennomført ved gjennomgang av litteratur og søk på internett. I tillegg er det gjennomført dialog med leverandører. Rapporten finnes som rapportnr.: SINTFA27802 eller ISBNnr.: 978-82-14-06046-1.

5 Innsikter fra den formative evalueringen

I løpet av prosjektperioden ble det gjennomført formativ evaluering av de fire avstandsoppfølgingsprosjektene.

I løpet av prosjektperioden ble det gjennomført formativ evaluering av de fire avstandsoppfølgingsprosjektene. Pågående arbeid og preliminare innsikter fra dette er blitt presentert for alle delprosjektene på tre fellessamlinger for prosjektet i løpet av høsten 2017. I tillegg er det blitt gjennomført prosjektspesifikke gjennomganger og leveranser om erfaringer, sentrale funn og anbefalinger for videre arbeid. Fordi de fire avstandsoppfølgingsprosjektene er ulike, med forskjellig organisering og tjenestemodeller, målgrupper osv., presenteres ikke prosjektspesifikke innsikter her. Flere av de identifiserte utfordringene som ble avdekt i dette arbeidet er blitt videreutviklet eller endret, mens andre identifiserte problemområder tar lengre tid å få endret og implementert. Prosjektene har jobbet kontinuerlig med forbedringsarbeid. Videre presenteres kun svært kort noen generelle oppsummerende innsikter fra den formative evalueringen som er blitt gjennomført.

Pasientenes erfaringer og perspektiv på avstandsoppfølgingstjenesten

Personer som er blitt inkludert til avstandsoppfølging i de fire prosjektene er en heterogen gruppe

tjenestemottakere. I vårt arbeid har vi snakket med personer med ulike diagnoser og sykdomsforløp, de har hatt forskjellig kunnskapsnivå og mestring av egen sykdom og helse, og med svært ulikt behov for avstandsoppfølging. Pasientenes perspektiv er blitt oppsummert og kategorisert, og er videre blitt presentert for de ulike avstandsoppfølgingsprosjektene. Majoriteten av brukerne forteller at de opplever økt trygghet ved å ha denne typen tjeneste. Når det gjelder andre former for nytte av tjenesten, gir brukerne noe mer varierende tilbakemeldinger. Flere påpeker en mer diffus nytteverdi av tjenesten, mens andre igjen opplever at avstandsoppfølgingstjenesten bør ha økt kompetanse og kunne tilby mer spesifikke og individuelt tilpassede aksjonspunkt og tiltak for å kunne gi en nytteverdi utover generell trygghet. En felles utfordring er at brukerne opplever at oppfølgingen de får ikke imøtekommer deres spesifikke behov og kompleksiteten som følger med kronisk sykdom eller sammensatte behov.

Det er imidlertid flere sentrale aspekt ved avstandsoppfølgingstjenestene som brukerne opplever at er svært positive og som de gir konkrete tilbakemeldinger på. Dette gjelder enkel tilgang til

helsepersonell, hjelp til å ta beslutninger rundt egen helsesituasjon og den emosjonelle tryggheten som helsepersonell gir. Pasientopplæring, veiledning og monitorering gir økt innsikt om egen helsesituasjon og større bevissthet rundt hva som kan påvirke den. Flere beskriver økt kunnskap og motivasjon til å ta riktige valg rundt for eksempel kosthold og fysisk aktivitet. Noen brukere fortalte at med avstandsoppfølging hadde de fått bedre helsetjenestetilbud, fordi det var blitt identifisert behov som tidligere ikke hadde vært avdekket. Det ble imidlertid også identifisert tydelige behov for videreutvikling av tjenestene, dette inkluderte kvalitet og kompetanse i organiseringen og i avstandsoppfølgingsmottak, samt forbedring og ønske om økt funksjonalitet, tilpasning og kvalitetssikring av både avstandsoppfølgingsapplikasjon og medisinsk teknisk utstyr (blant annet kalibrering).

Ansattes erfaringer og perspektiv på avstandsoppfølging

I løpet av prosjektet har vi snakket med og intervjuet ulike aktører som jobber med avstandsoppfølging, fra prosjektledere, prosjektmedarbeidere og ansatte i tjenestene, både i spesialisthelsetjeneste, kommunehelsetjeneste og i det private. Erfaringene deres er betinget ut i fra den tjenesten og den rollen de har hatt i denne sammenhengen. Vår overordnede oppfatning er at de ansatte er engasjerte med god kunnskap og innsikt i om hva som fungerer godt og hva som har potensiale for forbedring. Prosjektene jobber med kontinuerlig forbedring og har interne prosesser for hvordan dette gjennomføres.

En generell erfaring er at det er noe diffust og utfordrende å finne «riktig målgruppe pasienter» til avstandsoppfølging, og at dette kommer an på

pasientenes funksjonsnivå og behov. Flere ansatte påpeker at avstandsoppfølging ikke bare bør være et tilbud til kronikere over lenger tid, men at det bør være ett av flere mulige tiltak som kan settes inn overfor brukere som trenger tettere oppfølging i kortere eller lenger perioder ut fra en vurdering av brukerens totale helsesituasjon, og der målsetting for og nytte av tiltaket jevnlig må revurderes.

Det er påpekt noen utfordringer med forankringsarbeid, drift og kvalitetssikring av både teknologi og tjeneste. De fleste ansatte oppgir at pasientene stort sett er fornøyde med både teknologi og tjeneste, men at det er forbedringsområder som det bør og jobbes videre med. Flere ansatte påpeker at det er behov for økt kompetanse og kursing vedr. hoveddiagnosene som håndteres. Dette gjenspeiler funn fra intervjuer med brukerne. De ansatte påpeker også at det er ønskelig med mer tydelige retningslinjer og prosedyrer for opplæring og bruk av teknologiene samt hvordan ulike aktører involveres og hvordan tjenestene organiseres i forhold til ressursbruk. Det ble videre påpekt behov for mer sømløs integrasjon av avstandsoppfølgingsteknologiene og eksisterende digitale løsninger, dette for å avhjelpe dagens manuelle prosedyrer samt å ivareta juridiske retningslinjer for dokumentasjonspraksis. På dette området pågår det arbeid med ulike løsninger, men på tidspunktet da de formative evalueringene ble gjennomført, var dette ikke tatt i bruk.

Teknologi, sikkerhet og personvern

Innføring og bruk av de teknologiske løsningene har i følge de ansatte gått relativt greit. Det har vært noen utfordringer og forbedringsområder som det arbeides med, men de oppgir at de stort sett er fornøyde. I

løpet av evalueringen ble det identifisert at ikke alle avstandsoppfølgingsprosjektene hadde implementert to-fase autentisering for pasientpålogging til avstandsoppfølgingsapplikasjonene, og at man opererer med eldre versjoner av teknologi (eks. Bluetooth-overføringer) som ikke ivaretar dagens sikkerhetsanbefalinger. Det ser ut til å være en utfordring å finne riktig balanse mellom sikkerhetsanbefalingene for autentisering og den resulterende brukervennligheten. De minst teknologikyndige brukerne har størst problemer i forhold til bruk av teknologien, med påfølgende behov for brukerstøtte. Dette vil med tiden trolig bli et mindre fremtredende problem ettersom befolkningen vil være mer erfarne og kjent med teknologien som benyttes. Å utvikle brukervennlige løsninger som er testet på reelle brukere vil imidlertid alltid være hensiktsmessig og relevant. Dette gjelder også når man ruller ut oppdateringer og versjonsendringer.

Både ansatte og pasienter påpeker ønsker om økt funksjonalitet, bedre brukervennlighet og mer sømløse prosesser blant annet når det gjelder software – og hardware oppdateringer. Prosjektmedarbeiderne uttrykte at de har godt samarbeid med leverandørene, med mulighet for å kommunisere endringsbehov og videre teknologiutvikling, men at ikke alle forbedringsønsker har vært adressert innenfor prosjektets rammer. Leverandørene har gjennom prosjektperioden fått innsikt og innspill om sine teknologiske løsninger, og besitter viktig kunnskap om teknologiske muligheter og begrensninger som kan støtte videre tjenesteutvikling. Våre innsikter som fremlegges i denne rapporten er begrenset til brukere og ansatte knyttet til tjenesten. Med tanke på videre utvikling av avstandsoppfølgingstjenesten og tilhørende teknologiutvikling, vil det være viktig

å få tydeligere frem leverandørenes erfaringer med utvikling, muligheter og behov knyttet til teknologi for avstandsoppfølging. Punkter som danner grunnlag for den videre utviklingen er fremkommet gjennom intervju med ansatte og brukere, og er sammenfattet i neste kapittel.

6 Vurderinger og anbefalinger

I dette kapitlet presenterer vi anbefalinger for videre arbeid med avstandsoppfølging, dette basert på det helhetlige tjenesteutviklingsarbeidet som er gjennomført i dette prosjektet. Videre presenteres kort noen hovedoppsummeringer vedr. pasientopplæring og tilpasning til individuelle behov, kompetanseutvikling og organisering av tjenesten, og teknologiutvikling. Til slutt presenteres 10 fokusområder og anbefalinger for videre tjenesteutviklingsarbeid vedrørende avstandsoppfølging av kronisk syke

Pasientopplæring og tilpasning til individuelle behov

Avstandsoppfølgingsprosjektene har alle jobbet med pasientopplæring i større eller mindre grad som del av avstandsoppfølging. Pasientopplæring er imidlertid et stort fagfelt og det er avdekket behov for å videreutvikle arbeid med å etablere strukturerte rutiner, sjekklister, pedagogiske tilnærminger og opplæringspakker blant annet om følgende: a) Teknologi – opplæring i bruk av utstyr og hvordan teknologien kan fasilitere og understøtte egen sykdom og helse. b) Helse – opplæring og innsikt om egen helse, sykdom og livsstil. Og om hvordan ulike aspekt påvirker dette. c) Tjenesten – forståelse om hva avstandsoppfølging innebærer, etablere målsetning og formål etc.

Det empiriske materialet vi har tilsier at avstandsoppfølging bør rigges for dynamiske og individtilpassede løsninger for størst nytteverdi og effekt hos pasient. For å gjennomføre dette anbefales

følgende:

Dynamiske løsninger: Anbefales at rapporteringsfrekvens, kompetanse i mottak, spørsmål i applikasjon, hvilke målinger som skal gjøres og til hvilke formål og til hvilken tid, og pasientopplæring tilpasses pasientenes kunnskapsbehov og sykdomsutvikling. Til eksempel anbefales at pasientenes behov og målformuleringer etableres ved inngåelse av tjenesten, og at spørsmålsformuleringer og rapporteringsfrekvens kan justeres og tilpasses hver enkelt og endres i løpet av et forløp. Videre at ulike teknologiske løsninger (egenrapportering/ pasientopplæringspakker/ informasjonsmateriell, medisinsk teknisk måleutstyr), tilbys i ulike faser av et sykdomsforløp.

Motivasjon for bruk: For å motivere og opprettholde aktive tjenestemottakere til veiledet selvhjelp, er det sentralt med individuelt tilpasset oppfølging som fører til regelmessig bruk av tjenestetilbudet. Her kan til eksempel gamification innføres til enkelte brukere,

belønningssystemer, tilbakemeldingssystemer, og andre motiverende løsninger innføres på sikt. Flere pasienter etterspør erfaringsbasert kunnskap fra andre pasienter, og tjenestene bør på sikt vurdere innføring av brukerforum, eller fasilitering av nettbaserte møtegrupper for ulike pasientgrupper. Frivillig- og interesseorganisasjoner som per i dag har erfaring og kunnskap omkring dette innehar potensiale for fremtidig samarbeid.

Tiltak: For økt effekt av avstandsoppfølging er det behov for mer individuelle og spesifikke tiltak enn hva man har kunnet tilby pasientene i utviklingsprosjektet. Det er behov for å arbeide med videreutvikling av egenbehandlingsplaner, kurs til pasienter, veiledning, pasientoppfølging osv.

Mottaksapparat: En tjeneste som i større grad er differensiert og tilpasset den enkelte i forhold til mottaksapparat er sentralt for best mulig ressursutnyttelse når det gjelder organisering av mottaksapparat. Hvilken type mottaksapparat som passer den enkelte pasient kommer an på flere faktorer, som for eksempel pasientens sykdomsutvikling, kunnskapsnivå, teknologiforståelse etc. Noen tjenestemottakere vil ha behov for avstandsoppfølging fra sykepleier i kommune, andre kan ha større utbytte av avstandsoppfølging fra fastlegen eller fra spesialsykepleier eller lege i spesialisthelsetjenesten.

Kompetanseutvikling og organisering i tjenesten

Avstandsoppfølgingsprosjektene har ervervet solid kompetanse når det gjelder å rigge og gjennomføre avstandsoppfølging. Det er imidlertid fortsatt behov for kompetanseutvikling på flere nivå for vellykket avstandsoppfølging av personer med kronisk sykdom.

Basert på innsiktene fra tjenesteutviklingen anbefales at man har minimum sykepleiefaglig kompetanse i respons/oppfølgingscenter. Dette for å kunne tilby en forsvarlig helsefaglig vurdering og håndtering av de innkomne opplysningene som skal utføre evt. videre oppfølging og tiltak. Å gjøre en helsefaglig vurdering ut i fra et begrenset sett av informasjon stiller særskilte krav til både helsefaglig kompetanse, kommunikasjonsferdigheter og til den tilgjengelige dokumentasjonen som foreligger. Dette innebærer at både organiseringen og teknologien skal kunne understøtte tjenesten. For eksempel ble det i løpet av prosjektperioden avdekket behov for særskilt kompetanse om hoveddiagnosene som håndteres i respons/oppfølgingscenter, og det ble organisert kompetansehevede tiltak i form av kurs til ansatte i regi av spesialisthelsetjenesten.

Basert på erfaringene fra avstandsoppfølgingsprosjektene, vil en flerfaglig sammensetning av ressurspersoner som kan kobles inn mot pasientene (etter behov) være hensiktsmessig for en helhetlig tilnærming til pasientgrupper med komplekse og sammensatte behov. Yrkesgrupper som spesialsykepleiere, ernæringsfysiologer, farmasøyter, ergoterapeuter, psykologer og fysioterapeuter etc. vil være aktuelle.

Videre ble det identifisert behov for tettere samhandling og beslutningsstøtte fra fastlege, spesialister og andre yrkesgrupper. Til eksempel ser vi at diabetespasienter har hatt utbytte av å få persontilpasset veiledning fra diabetesykepleier som supplement til en mer generell tilnærming fra ansatte i responscenter. Styrket fastlegeinvolvering og forankring er sentralt for å kunne tilby en styrket medisinsk oppfølging av pasientene. Oppsummerende vil derfor

tverrfaglig team for beslutningsstøtte og diskusjoner være å anbefale, samt styrket fastlegeinvolvering for helhetlig og mer medisinsk oppfølging av pasientene.

Avstandsoppfølging innebærer en annen type kommunikasjon enn ansikt-til-ansikt kommunikasjon, og dette fordrer en del forutsetninger for helsekommunikasjon som det er viktig å ta hensyn til. Det er behov for at tjenestene utvikler veiledningskompetanse og kommunikasjonskompetanse til å gjennomføre oppfølging og pasientopplæring via telefon og digitalt. Noen ansatte har til eksempel gjennomført kurs i motiverende intervju, og opplever at dette har vært kompletterende for deres yrkesutøvelse. Fokus på grundig dokumentasjonspraksis, og at de ansatte har avsatt tid til å sette seg inn i relevant dokumentasjon om pasientene er viktig for i ivareta kontinuitet og kvalitet av pasientoppfølgingen. For øvrig er det behov for forskning og mer kunnskap om hjemmemonitorering av pasienter, og om grenseverdier og mulige tiltak.

I forbindelse med organisering av avstandsoppfølging anbefales at man jobber videre med påbegynt arbeid om målformuleringer vedrørende pasientgrupper, nytteverdi og effekt. Basert på innspill fra både brukere og ansatte av tjenestene anbefales at en teambasert tilnærming der spesifikke ansatte har ansvar for en gruppe med pasienter. For eksempel at man har n ressursgruppe på 5-7 ansatte for en pasient. Dette for å ivareta kontinuitet og kvalitet for den enkelte. Organisatorisk bør man fortsette fokus på samhandling mellom ulike aktører, styrke organiseringen rundt beslutningsstøtte, og tydeliggjøre ansvarsfordeling og ansvarsglidning (mellom ulike aktører). Mange aktører er involvert i oppfølging av

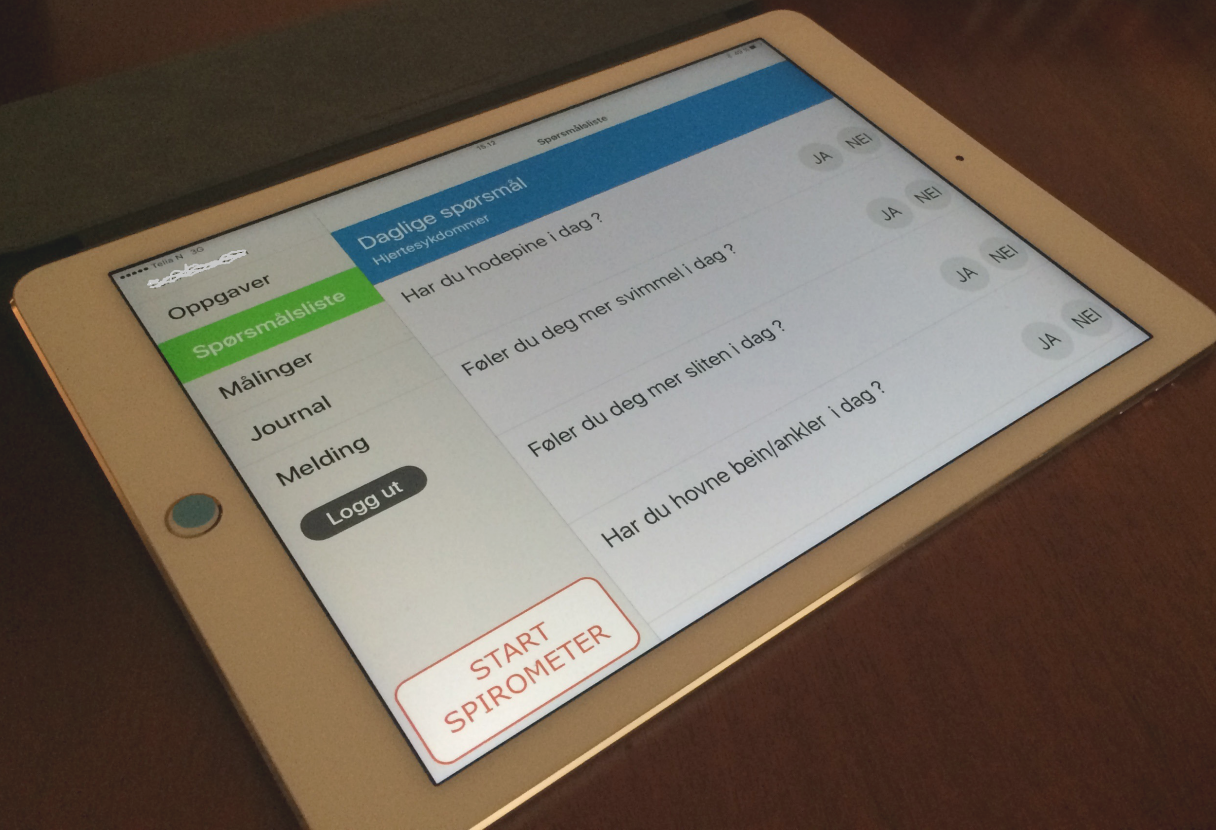
pasientene, mange pasienter har flere diagnoser og har flere helsetjenestetilbud utover avstandsoppfølging. Et aktørkart om hvilke aktører som har ansvar for hva, og om hvilke som kan gi beslutningsstøtte eller videre oppfølging i forhold til ulike problemstillinger for den enkelte pasient, kan være hensiktsmessig for best mulig ressursutnyttelse. For øvrig ble det indentifisert et generelt behov for rammeverk, retningslinjer og prosedyrer omkring flere områder som gjelder avstandsoppfølging. Dette er imidlertid noe som tjenestene jobber med, og som det hele tiden vil være behov for å revidere og videreutvikle.

Teknologiutvikling

I løpet av perioden med tjenesteutvikling, har både tjenestene og teknologileverandørene ervervet solid kompetanse og innsikt om hva som fungerer godt, om brukersegmentering og om forbedringsområder når det gjelder de teknologiske løsningene. I all hovedsak er avstandsoppfølgingsapplikasjonene enkle å bruke, men det er relativt begrenset funksjonalitet i dagens løsninger. For fremtidig teknologiutvikling er det ønsket om forbedret funksjonalitet og interaksjonsdesign med mer innhold og flere funksjoner enn dagens løsninger. Pasienter som brukergruppe er imidlertid noe annerledes enn den gjennomsnittlige friske bruker, ofte med nedsatt funksjonsnivå med tilsvarende behov for noen brukertilpasninger. Generelt anbefales strukturert brukskvalitetstesting og teknisk testing av teknologi og digitale løsninger med reelle brukere i riktig brukskontekst før innkjøp og implementering i drift. Større grad av brukersegmentering med dynamiske teknologiske løsninger tilpasset den enkeltes behov og kompetanse bør være å tilstrebe for økt nytteverdi og motivasjon for bruk. Det ble avdekket en del tekniske utfordringer, for eksempel i

forhold til personvern og sikkerhet. Dette er meldt til både tjenesteytere og leverandør, og det jobbes videre med dette. Generelt anbefales at teknologien som brukes i drift er oppdatert til siste versjon for å tette sikkerhetshull, og at man til enhver tid følger norm for informasjonssikkerhet. Videre bør teknologiene understøtte eksisterende arbeidsprosesser og lovverk, til eksempel er det behov for sømløs integrasjon mellom ulike digitale plattformer, for å redusere betydelig arbeidstid som går med til manuelle overføringsprosesser.

Bilde: Avstandsoppfølging i hjemmet med bruk av teknologi
(Foto: SINTEF)



Læringspunkt og anbefalinger

10 fokusområder som tjenesteutviklingen har jobbet med og som anbefales videre i arbeid med avstandsoppfølging av kronisk syke.

Avstandsoppfølging er et tjenestetilbud til pasienter med kronisk sykdom eller til andre med behov for oppfølging av helsetilstand i hjemmet. Tjenesten kan brukes over kortere eller lengre perioder og gir nytte for en del brukere i form av trygghet, læring og egenmestring. Tjenesten er primært et tilbud på dagtid, og er ikke en akuttjeneste. Videre presenteres 10 fokusområder det har vært jobbet med i tjenesteutviklingen og anbefalinger for videre arbeid.

Mennesket:



1 Pasientopplæring

For økt nytteeffekt av avstandsoppfølging er det behov for bedre pasientopplæring relatert til sykdom, selvmonitorering (og bruk av teknologi i den forbindelse), livsstilsfaktorer, legemiddelhåndtering, bruk av egenbehandlingsplan og iverksetting av tiltak. Kunnskap er grunnleggende for mer informerte og aktive brukere, og vil kunne bidra til bedre helse, mestring og livskvalitet. Pasientopplæring kan organiseres på ulike måter (individuelt/gruppebasert, digitalt/oppmøtebasert), og bør gjennomføres gjentakende og med tilpasset innhold til den enkelte, og i samarbeid nære pårørende.



2 Helhetlig tilnærming

Mange av pasientene har flere kroniske sykdommer og trenger at disse blir sett i sammenheng. De opplever at det er utfordrende og lite hensiktsmessig å innrapportere og få oppfølging på kun en diagnose, når de ulike sykdommene påvirker hverandre og hele personenes funksjonsnivå. Dette er av særskilt relevans når pasienten skal innrapportere ut i fra forhåndsdefinerte spørsmål, med begrenset mulighet for utfyllende informasjon. Det er viktig at tjenesten tilrettelegger for å ivareta pasientens helhetlige helsemessige behov.



3 Tilpasning til individuelle behov

Den enkeltes behov og helse endrer seg, og det anbefales å tilby dynamiske løsninger som kan tilpasses hver pasient. Tilpasning til individuelle behov er viktig for at brukeren skal ha nytteverdi og utbytte av tjenesten. Dette er særskilt viktig når det gjelder avstandsoppfølging, da generelle løsninger kan oppleves å være irrelevante, slik at brukerne ikke ser nytteverdien og mister motivasjonen til å bruke disse. Hvilke typer tjenester og teknologi den enkelte skal ha bør justeres etter behov. Dette kan gjelde type sensorer som skal brukes, spørsmålsformuleringer som skal besvares, innrapporteringsmetode- og frekvens til mottaksapparat, hvilken respons som skal gis, hvilke spesialister som skal støtte etc.

Organisasjon:



4 Oppfølgingstiltak

Tjenestemottakerne etterspør oppfølging som innebærer flere aksjonspunkt og tiltak som kan iverksettes etter behov. Det er nødvendig med både forebyggende, ikke-medikamentelle og medikamentelle tiltak, og det anbefales at utarbeidelse av disse inngår som en del av utvikling av egenbehandlingsplanen, og med organisert beslutningsstøtte (eks. fra fastlege/spesialist ved medikamentell behandling) omkring iverksetting av tiltakene. Retningslinjer og prosedyrer omkring aksjonspunkt og tiltaksløsninger (eks. henvisning til andre aktører/pasientkurs etc.) bør utarbeides som del av dette.



5 Organisering

Avstandsoppfølging av pasienter digitalt og per telefon skiller seg fra tradisjonell ansikt-til-ansikt kommunikasjon når det gjelder kartlegging av pasientens situasjon og mulighet til å fange opp helsemessige endringer. Strukturert dokumentasjon og prosedyrer omkring hvordan man følger opp pasientene, og god kommunikasjon mellom involvert helsepersonell er sentralt for at pasientene skal oppleve kontinuitet og bli ivaretatt. En teambasert organisering i responstjeneste, der en pasient har en kjernegruppe av ansatte å forholde seg til, kan være hensiktsmessig for å kunne identifisere endringer og følge opp pasientene over tid, og bidra til å ivareta kvalitet og kontinuitet i tjenesten. For en helhetlig tilnærming til pasienten, er også tverrfaglige diskusjoner og møtepunkt hensiktsmessig, og organisering som styrker mulighet for tverrfaglig samarbeid anbefales



6 Kompetanse

Å arbeide med avstandsoppfølging av pasienter forutsetter kompetanse i å jobbe med denne typen helseoppfølging som innebærer andre ferdigheter enn tradisjonell oppmøtebasert helsehjelp. Ansatte i responstjenesten med ansvar for å ta i mot, vurdere og følge opp pasienter, må ha en solid helsefaglig grunnkompetanse (minimum sykepleieutdanning) med særskilt kompetanse om de mest sentrale diagnosegruppene som håndteres i mottaket. Videre er ferdigheter når det gjelder digital kommunikasjon og telefonbasert oppfølging, med fokus på samtale- og kommunikasjonsteknikk viktig for å kunne avdekke pasientenes behov på avstand. Personalet bør få regelmessig helsefaglig og kommunikasjonsmessig (inkl. digital kommunikasjon) kompetanseheving, og skal alltid ha tilstrekkelig med opplæring i bruk av de digitale løsningene og det medisinske tekniske utstyret i drift.



7 Samhandling

Avstandsoppfølging i denne sammenheng er en kommunal helsetjeneste, og det er følgelig behov for å styrke fastlegens rolle og ansvar i avstandsoppfølging av pasienter. Fastlegen bør blant annet involveres i utarbeidelse og revidering av pasientenes egenbehandlingsplaner. Videre er det avdekket behov for beslutningsstøtte fra andre aktører som del av avstandsoppfølging, og det bør utarbeides retningslinjer for når og i hvilke situasjoner det er behov for beslutningsstøtte eller henvisning til andre aktører, som for eksempel fastlegen, spesialisthelsetjeneste, ernæringsfysiolog, fysioterapeut osv.

Teknologi:



8 Digital programvare

Utvikling av applikasjoner med god brukervennlighet bør tilstrebes for å redusere senere ressursbruk til support og brukerstøtte. Da tjenesten vil kunne organiseres ulikt og skal tilfredsstillе forskjellige brukerbehov, vil det være nødvendig at applikasjonene som velges kan tilpasses, justeres og videreutvikles ved behov. Brukskvalitetstesting som del av anskaffelsesprosessen anbefales.

Pasientenes brukergrensesnitt: Det etterlyses flere funksjoner i applikasjonene, for eksempel egenbehandlingsplan, informasjonsmateriell, treningsvideoer, historikk over innsendte data (eks. blodtrykksmålinger, selvrapporteringer), kostholdstips osv. og at disse er tilgjengelig fra samme brukerflate. Videre etterspør pasientene større transparens om helsepersonell sine aksjoner i forbindelse med mottak av pasientrapporter og -målinger.

Helsepersonell sitt brukergrensesnitt: For å understøtte arbeidsflyt, juridiske retningslinjer og dokumentasjonspraksis etterlyses sømløs integrasjon mellom avstandsoppfølgingsapplikasjonen, andre systemer for beslutningsstøtte og elektronisk pasientjournal. Per i dag gjennomføres manuelle prosedyrer for informasjonsoverføring mellom ulike digitale applikasjoner, noe som krever betydelige ressurser.



9 Medisinsk teknisk utstyr

Før utlevering av medisinsk teknisk utstyr bør det gjennomføres en vurdering om hva pasienten har behov for og til hvilket formål. Herunder inngår vurdering av pasientens forutsetninger til å bruke utstyret, og hvilke nytteverdier det vil ha for pasient og tjeneste ved å bruke utstyret. Brukskvalitetstesting og tilpasning av utstyret slik at det passer bruker og formål, bør inngå som en integrert del av tjenesten



10 Informasjonssikkerhet

Bruk av digitale verktøy og medisinsk teknologi i avstandsoppfølging forutsetter at man ivaretar personvern og informasjonssikkerhet som beskrevet i Norm for informasjonssikkerhet. Tekniske løsninger for avstandsoppfølging må støtte krav til tilstrekkelig sikring av persondata og samtidig møte behovet for brukervennlige løsninger.

7 Konklusjon

Denne rapporten tar for seg arbeidet som er gjort i forbindelse med tjenesteutviklingen knyttet til avstandsoppfølging av kronisk syke i de fire prosjektene: HelsaMi+, Mestry, Velferdsteknologi i Sentrum og God Helse Hjemme. Alle prosjektene har ervervet solid erfaring og kompetanse vedrørende avstandsoppfølging som gjør de bedre rustet til å møte fremtidens behov for avstandsoppfølging og digital kommunikasjon med pasienter. Prosjektene har vært ulikt organisert med blant annet forskjellige tjenestemodeller og teknologi.

I løpet av tjenesteutviklingen er det blitt avdekket en hel del kvalitetskriterier og styrker ved alle prosjektene, men det er også blitt avdekket forbedringsområder som det jobbes videre med. Det er fortsatt en vei å gå når det gjelder å styrke både kompetanse og kvalitet i tjenestene for økt nytteeffekt og forbedret helseutfall ved avstandsoppfølging.

Vi har identifisert 10 sentrale læringspunkt og anbefalinger for videre arbeid når det gjelder avstandsoppfølging av pasienter. Disse er som følger: 1) Pasientopplæring, 2) Helhetlig tilnærming, 3) Tilpasning til individuelle behov, 4) Oppfølgingstiltak, 5) Organisering, 6) Kompetanse, 7) Samhandling, 8) Digital programvare, 9) Medisinsk teknisk utstyr og 10) Informasjonssikkerhet. Det er behov for mer forskning og evalueringer for videre utvikling og implementering av avstandsoppfølging av kronisk syke.

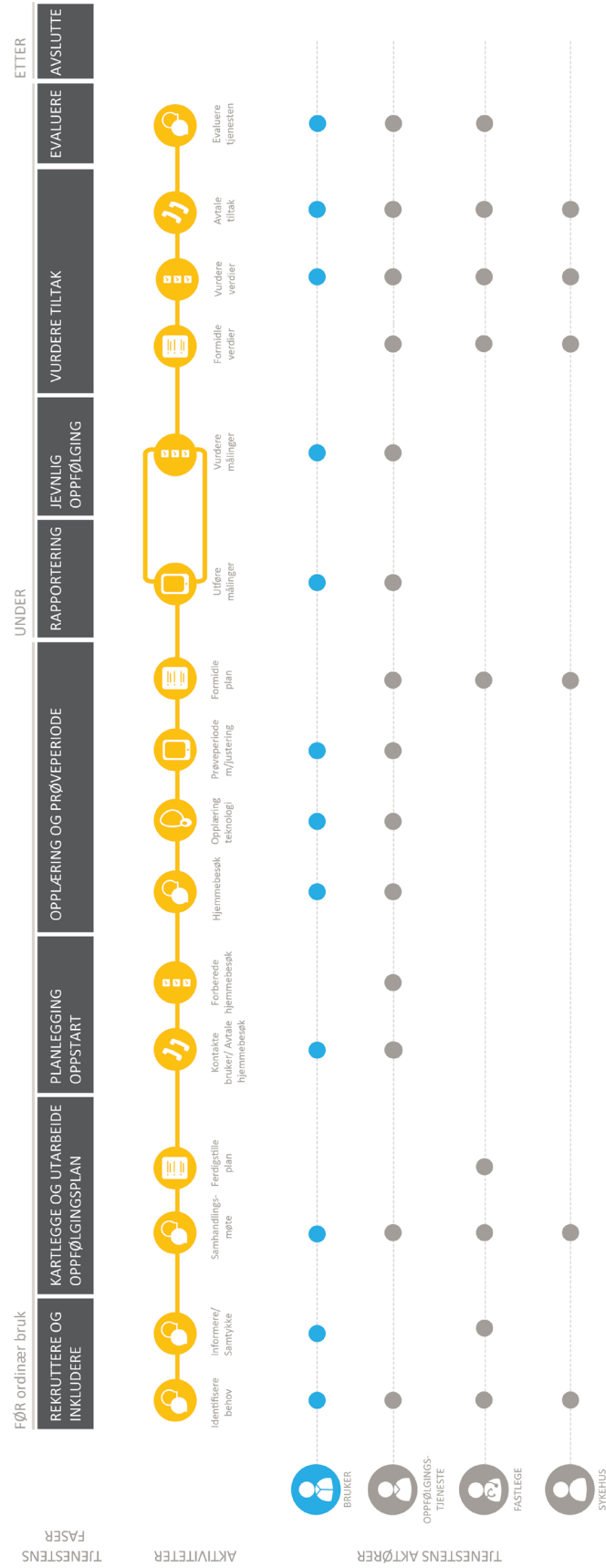
8 Ettertanker

SINTEF har hatt rollen som tjenesteutviklingspartner i dette projektet, en rolle som har vært lærerik men til tider også svært krevende. Det har vært tidkrevende å skulle følge opp hvert enkelt prosjekt der de er. Geografisk avstand og reisetid har muligens ført til noe skeivfordeling i tidsbruk mellom de ulike prosjektene. SINTEF erfarte at ensidig lokal oppfølging, førte til mindre samarbeid mellom prosjektene. Vi tror det kunne vært hensiktsmessig med flere mindre fellessamlinger, hvor færre prosjektdeltakere har deltatt på arbeidsøkter (dugnader). Dette kunne ha gitt en mer kostnadseffektiv veiledning, mer effektivt samarbeid mellom prosjekter, felles kompetanseoppbygging og deling av metoder og verktøy som utvikles/videreutvikles i prosjektperioden. SINTEF har også vært tett på prosjekteier i planlegging og gjennomføring av samlinger. En rolle som til tider har tatt for stor fokus og resultert i mindre tid til prosjektene. SINTEF burde nok ha vært enda tydeligere på sin utnevnte opprinnelige rolle og mindre fokusert på å støtte oppdragsgiver i gjennomføringen av selve programmet.

Vedlegg

Vedlagt følger skisser av tjenestemodellene for de ulike prosjektene.

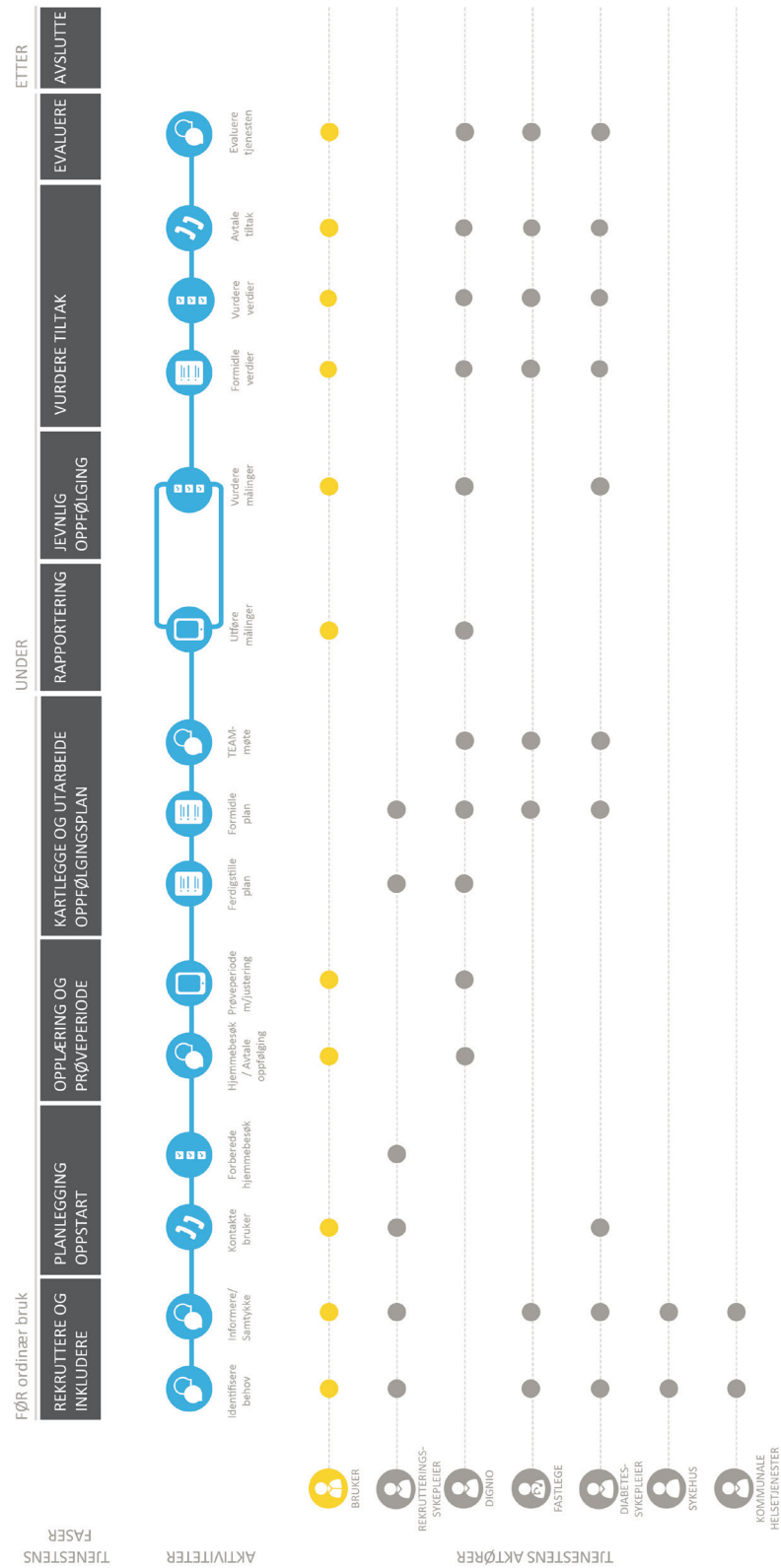
Figur:
Tjenestemodell for HelsaMi+



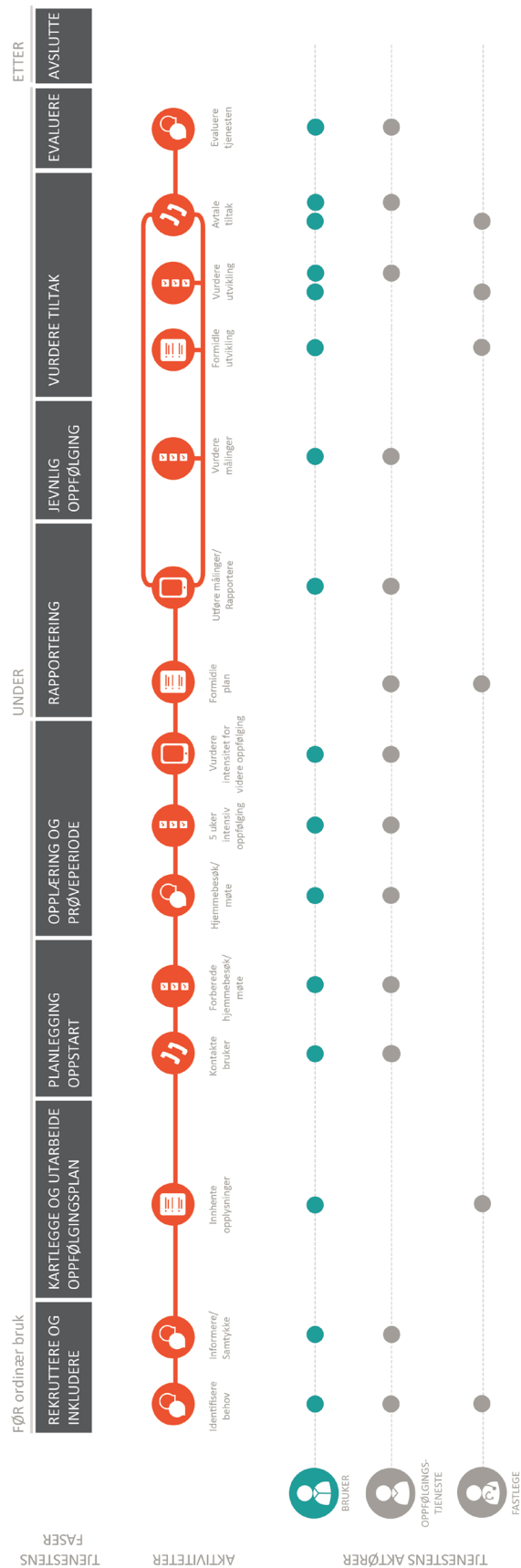
Figur:
Tjenestemodell for VIS



Figur:
Tjenestemodell for Mestry



Figur:
Tjenestemodell for God Helse
Hjemme





Kort om SINTEF

SINTEF er et av Europas største uavhengige forskningsinstitutter. Vi er omlag 2.000 ansatte fra mer enn 70 land, som skaper verdier og innovasjon ved å utvikle kunnskap og teknologi som tas i bruk. Vår visjon er "Teknologi for et bedre samfunn". Gjennom mer enn 60 år har vår forskning skapt løsninger og innovasjon for samfunnet og for kunder over hele kloden. Dette har gjort SINTEF til et verdensledende forskningsinstitutt.

SINTEF er et bredt, flerfaglig forskningsinstitutt med internasjonal spisskompetanse innenfor teknologi, naturvitenskap, medisin og samfunnsvitenskap. Vi utfører forskning som FoU-partner for næringsliv og forvaltning og er blant de fire største instituttene for oppdragsforskning i Europa.

Les mer om SINTEF her: www.sintef.no



Teknologi for et bedre samfunn

www.sintef.no